**แบบฟอร์มขอสำรองยา Favipiravir ๒๐๐ mg** (สำหรับ รพช ขอ สำรองจาก รพ อุตรดิตถ์)

**วันที่...........เดือน.........พ.ศ..................**

**๑. โรงพยาบาล (ผู้ขอสำรองยา) ..................... รหัสโรงพยาบาล ......................**

**ผู้ประสานงาน ชื่อ ................................................ โทรศัพท์ ............................**

**ตำแหน่ง................................................................**

**๒. จำนวนยาที่ต้องการเบิกสำรอง....................เม็ด**

**๓. เหตุผลในการขอสำรองยาครั้งนี้......................................................................................................**

**๔. ผู้รับยา ชื่อ..........................................สกุล...........................................**

**เลขที่บัตรประชาชน ...............................................................โทรศัพท์ ..................................**

**๕. วันที่รับยา วันที่...........เดือน............พ.ศ.......................เวลา.............................น**

**หมายเหตุ : รับยาที่ ห้องจ่ายยา ตึกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์**