

ใบนัดรับยาผู้ป่วยนอก Refill

ชื่อ-สกุล.....HN.....สิทธิการรักษา.....

โรค.....ประวัติแพ้ยา.....

จำนวนรายการยากลับบ้าน.....รายการ วันที่นัดรับยา.....

[illegible]

งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเวชศาสตร์ ลำปาง

โทร 054281765-7 ต่อ 113

ใบนัดรับยาผู้ป่วยนอก Refill

ชื่อ-สกุล.....HN.....สิทธิการรักษา.....

โรค.....ประวัติแพ้ยา.....

จำนวนรายการยากลับบ้าน.....รายการ วันที่นัดรับยา.....

[illegible]

งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง

โทร 054281765-7 ต่อ 113