

ชื่อ-สกุล.....HN.....Ward.....เตียง.....
โรค.....ประวัติแพ้ยา.....
จำนวนรายการยากลับบ้าน.....รายการ สิทธิการรักษา.....

โทร 054281765-7 ต่อ 113

[illegible]

ชื่อ-สกุล.....HN.....Ward.....เตียง.....
โรค.....ประวัติแพ้ยา.....
จำนวนรายการยากลับบ้าน.....รายการ สิทธิการรักษา.....

[illegible]

งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง

โทร 054281765-7 ต่อ 113