

งานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว				
แบบขอคืน/แลกเปลี่ยนยาและเวชภัณฑ์			เลขที่/.....	หน้า/.....
ผู้แลกเปลี่ยน	ตรวจสอบโดย	เภสัชกรหัวหน้างาน	ผู้ส่งคืน	ผู้รับเรื่อง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่เอกสาร(ของหน่วยงาน).....

เรียน หัวหน้างานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์

ด้วย.....(ผู้ส่งคืน) หน่วยงาน.....

มีความประสงค์: ขอดำเนินการ (ยาและเวชภัณฑ์ดังรายการต่อไปนี้)

ขอส่งคืน

แลกเปลี่ยน

ลำดับ	ชื่อยาและขนาดความแรง	จำนวน	Lot. No.	วันผลิต	วันหมดอายุ	มูลค่า (บาท)/หน่วย
1						
2						
3						
4						

รวม รายการ เป็นมูลค่ารวม บาท

เหตุผลที่ส่งคืน: ยาหมดอายุ

ลงชื่อ.....ผู้ขอคืน/แลกเปลี่ยน
(.....)

ตำแหน่ง.....

โทร 037-243021

****โปรดตรวจสอบยาและเวชภัณฑ์ก่อนส่งคืนทุกครั้ง และลงข้อมูลให้ครบถ้วน****

การจัดส่ง ชื่อผู้รับคืน.....วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่งานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ (แผนกแลกเปลี่ยนคืนยาและเวชภัณฑ์)

เลขที่เอกสารรับคืน.....เมื่อวันที่.....

ผู้รับยาคืน.....

ขั้นตอนดำเนินการ

รอทำลาย/แลกเปลี่ยนไม่ได้

ส่งคืนแลกเปลี่ยนบริษัท เลขที่รับเรื่อง.....

บริษัทส่งคืนยามาแล้ว วันที่.....

อื่นๆ.....

ติดต่อ งานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ เบอร์ 136 , 292