



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำพูน โทร.053-569-100 ต่อ 76421,76424

ที่ ลพ 003.202.4.2/ วันที่

เรื่อง ขอยืมยาต้านพิษ

โรงพยาบาลลำพูนขอเบิกยาต้านพิษให้กับคนไข้ชื่อ.....

เลขประจำตัวประชาชน.....ชื่อยา.....

จำนวน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ตำแหน่ง.....