

 <p>กรมอนามัย DEPARTMENT OF HEALTH</p>	<p>แบบฟอร์มขอจัดซื้อยาและควบคุมกำกับปริมาณยามิฟพริสโตนและไมโซโพรสโตลที่บรรจุในแผงเดียวกัน สำหรับสถานพยาบาล</p>	<p>MTP 3</p>							
		<p>เลขรหัสโรงพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">□</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">□</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">□</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">□</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">□</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">□</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">□</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□			

แบบฟอร์มการขอจัดซื้อยาและควบคุมกำกับปริมาณยา

ชื่อหน่วยงาน	ที่อยู่ (กรอกชื่อและที่อยู่ให้ชัดเจน เพื่อสะดวกต่อการจัดส่งยา)	
จำนวนที่ขอซื้อ	จำนวนที่ใช้ไป (ไม่ต้องบันทึก กรณีที่ซื้อครั้งแรก)	จำนวนคงเหลือในคลังยา (ไม่ต้องบันทึก กรณีที่ซื้อครั้งแรก)
	Lot no.	Lot no.
	Box no.	Box no.
วัน/เดือน/ปีที่ขอซื้อ	ชื่อ - นามสกุล ผู้ซื้อ	ลงนามผู้ซื้อ
วัน/เดือน/ปีที่รายงาน	ชื่อ - นามสกุล ผู้รายงาน	ลงนามผู้รายงาน