**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำ..........................อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๒๑๐

**ที่** นม.๒๖๓๒.๑.๒/......... **วันที่** .......................................

**เรื่อง**  ขอแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์ยา/เวชภัณฑ์มิใช่ยา

**เรียน**  ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพารักษ์

 ทางรพ.สต. หนองแวง มียาที่ใกล้หมดอายุไม่สามารถใช้ยาได้ทัน เวลาภายใน 6 เดือน

จึงขอความอนุเคราะห์ให้ทางโรงพยาบาลเทพารักษ์ช่วยใช้ยา จำนวน............รายการดังนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการ | ขนาดบรรจุ | จำนวนที่คืน | วันหมดอายุ | Lot.No. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

 ขอแสดงความนับถือ

 .........................................

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.........................

รพ.สต.............................

โทร .................................

โทรสาร............................

**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....................อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๒๑๐

**ที่** นม.๒๖๓๒.๑.๒/ **วันที่**

**เรื่อง**  ขอแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์ยา/เวชภัณฑ์มิใช่ยา

**เรียน**  ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพารักษ์

 ทางรพ.สต. หนองแวง มียาที่ใกล้หมดอายุไม่สามารถใช้ยาได้ทัน เวลาภายใน 6 เดือน

จึงขอความอนุเคราะห์ให้ทางโรงพยาบาลเทพารักษ์ช่วยใช้ยา จำนวน.............รายการดังนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการ | ขนาดบรรจุ | จำนวนที่คืน | วันหมดอายุ | Lot. No. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

 ขอแสดงความนับถือ

 .......................................

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.........................

รพ.สต.............................

โทร .................................

โทรสาร............................