

بسمہ تعالیٰ
(واحد دارویی)

فرم شماره ۵

شماره :

تاریخ :

مرکز بهداشت استان گیلان

مرکز بهداشت شهرستان لنگرود

..... حواله دارو و تجهیزات پزشکی واحدها و خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت

ردیف	نام دارو و تجهیزات پزشکی	تعداد به عدد	تاریخ انقضا

تحويل گیرنده

تحويل دهنده

رئيس مركز خدمات جامع سلامت