

# โครงการ EPI นักเรียน

ใบเบิกกรณีต้องการเบิกวัคซีนเพิ่ม 2557

โรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) .....

จังหวัด .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

รายการวัคซีน นักเรียน	ขนาดบรรจุ (โดส/ขวด)	จำนวนวัคซีนที่ได้รับในครั้งที่ 1 รวมยอดคงเหลือ จากปีที่ ผ่านมา (ขวด)	ยอดคงเหลือ ณ วันที่ ขอเบิก (ขวด)	จำนวนที่ขอเบิกใน ครั้งนี้ (ขวด)
นักเรียน ป.1				
1. BCG	10			
2. OPV	20			
3. dT	10			
4. MR	10			
นักเรียน ป.6				
1. dT	10			

ผู้ให้ข้อมูล ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... โทร ..... โทรสาร .....

ชื่อผู้รับยา ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... แผนกที่รับยา ..... เกสัชกรรม .....

รายละเอียดสถานที่ส่งยา ..... โทร .....

กรุณา Fax กลับที่องค์การเภสัชกรรม เบอร์โทรสาร 0-2203-8909,0-2354-8854 หรือ 0-2354-8861

หรือ e-mail : [vmi@gpo.or.th](mailto:vmi@gpo.or.th)

หรือมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ 02-203-8914 02-203-8918 02-203-8927-9 02-203-8996