



แบบฟอร์มแจ้งคืน/แลกเปลี่ยนยาโครงการพิเศษ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

โรงพยาบาล _____ จังหวัด _____ สปสช.เขต _____

วันที่ (ว/ด/ป-ค.ศ.) _____

มีความประสงค์ ☐ รับคืน ☐ แลกเปลี่ยน

โครงการ ☐ ARV ☐ TB

สาเหตุของการขอคืน/แลกเปลี่ยน _____

รายการยาที่ประสงค์ขอคืน/แลกเปลี่ยน

ลำดับ	รายการยา	Lot. No.	จำนวน (กล่อง/ขวด)	วันหมดอายุ (ว/ด/ป-ค.ศ.)	อายุยาคงเหลือ	หมายเหตุ	สำหรับเจ้าหน้าที่		
							เข้าเงื่อนไข	ไม่เข้าเงื่อนไข	เหตุที่ไม่เข้าเงื่อนไข

ชื่อผู้ประสานงาน _____

ตำแหน่ง _____

แผนก _____

เบอร์โทรศัพท์ _____

e-mail _____

มือถือ _____

หมายเหตุ 1. กรุณาส่งเอกสารกลับเพื่อการเก็ชกรรรมทาง email : vmi@gpo.or.th 2. กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และระบุปีเป็น ค.ศ. 3. หากมีข้อสงสัยติดต่อเจ้าหน้าที่ เบอร์ 02-203-8909