

แบบปรับเปลี่ยนปริมาณการใช้วัคซีน
โครงการวัคซีน PCV

โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

รายการยา (รหัสยา)	อัตราการใช้อย่นหลัง 3 เดือน (dose)			ROP (dose) หน่วยบริการ แจ้ง		ROP (dose) สปสช.อนุมัติ	
	1	2	3	เดิม	ใหม่	เดิม	ใหม่
PCV single dose (1 dose/PFS)							

หมายเหตุ : ตัวเลขอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมจากการพิจารณาของกรมควบคุมโรค

สาเหตุของการขอปรับเปลี่ยน

ชื่อผู้ขอแก้ไขข้อมูล โทร..... โทรสาร.....

วันที่ เดือน พ.ศ.....

กรุณาส่งกลับทาง e-mail : pharmacy.ddc21@gmail.com