

แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ VMI ของหน่วยบริการ

เรียน ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบโครงการ VMI

หน่วยบริการ/โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
ชื่อผู้ให้ข้อมูล ภก./ภญ./นาย/นาง/นางสาว.....
ชื่อผู้รับยา ภก./ภญ./นาย/นาง/นางสาว.....
รายละเอียดสถานที่ส่งยา/ตึก/ชั้น/อาคาร.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....e-mail.....

โปรดระบุโครงการ VMI ที่จะเปลี่ยนแปลง (เลือกได้มากกว่า 1 โครงการ)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SSO1 - ยาต้านไวรัสเอดส์ สปส. | <input type="checkbox"/> EPI1 - Routine |
| <input type="checkbox"/> EPI2 - นักเรียนและรณรงค์ | <input type="checkbox"/> EPI3 - กรมควบคุมโรค |
| <input type="checkbox"/> Tdap - วัคซีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ | <input type="checkbox"/> PCV - วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส |
| <input type="checkbox"/> COVID - วัคซีน Covid-19 | |
| <input type="checkbox"/> VMI - ยาทั่วไป สัญญาที่.....(กรณีมีหลายสัญญา) | |
| <input type="checkbox"/> REQ - บันทึกแผนความต้องการใช้ยา | |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อผู้บังคับบัญชา.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

กองบริหารผลิตภัณฑ์ องค์การเภสัชกรรม โทร 02-203-8908, 02-203-8909
e-mail vmi@gpo.or.th