



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
استان گیلان

بسمه تعالی

سلام علیکم

- احتراماً، عملکرد این داروخانه در ارتباط با قرص.....مربوط به سه ماهه.....سال..... طبق فرمت ذیل به همراه کپی نسخ و کارت ملی بیماران، لیست ثبت نسخ به صورت اکسل، CD فایل و تصویر فاکتور خرید دارو از شرکت های مربوطه ارسال گردد.

- موجودی قرص.....پایان سه ماهه قبل داروخانه: .....
- میزان دریافتی داروی فوق از شرکت مربوطه در سه ماهه اخیر: .....
- تعداد نسخ تجویزی ارسالی مربوطه به سه ماهه اخیر: .....
- جمع کل قرص های تجویزی براساس نسخ سه ماهه اخیر: .....
- مانده پایان دوره (سه ماهه اخیر): .....

مهر و امضای مسئول فنی داروخانه