

R.

داروخانه بیمارستان نیکان غرب:

بیمار خانم/ آقا جهت عمل در سرویس اینجانب جهت تهیه لوازم
مورد نیاز به شرح ذیل برای عمل در تاریخ معرفی می گردد.

نام بیمار: _____

تاریخ: _____

مهر پزشک معالج