



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

سازمان تعالیٰ دارو

بسمه تعالیٰ

شماره: ...

تاریخ: ...

پوست: ...

## فرم تحویل دارو

سلام علیکم

احتراما اینجانب : فرزند : به شماره شناسنامه :  
صادره از : کدملی :  
آدرس :

داروی مصرفی فوق را در تاریخ از داروخانه تحویل گرفتم  
امضاء و اثر انگشت بیمار

تایید تحویل دارو

در تاریخ ذکر شده داروی فوق گردید  
داروخانه  
به تعداد تحویل بیمار با مشخصات  
امضاء و مهر