دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

تاریخ:

ردیف	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی	متادون				بوپرنورفین		اپیوم	امضاء	مبلغ
			شربت	قرص ۵	قرص ۲۰	قرص ۴۰	بوپر ۲	بوپر ۰.۴			

جمع پایان صفحه:

مهر و امضاء مسئول فنی :