



امور دارو

بسمه تعالی

مرکز بهداشت شهرستان

مرکز جامع سلامت

خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی

فرم:

ثبت تاریخ انقضاء داروها و

تجهیزات پزشکی مصرفی

تاریخ انقضاهای موجود			نام دارو یا تجهیزات پزشکی مصرفی	ردیف
EXP.Date3	EXP.Date2	EXP.Date1		

نام و نام خانوادگی :

امضاء: