

ใบแสดงรายการการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี 2 (รังสิต) กรมการแพทย์

เลขที่ใบสั่งยา : \_\_\_\_\_

สิทธิ(ประทับตรา)..... เลขที่ตรวจสอบ \_\_\_\_\_ ลงนามผู้ตรวจสอบสิทธิ.....

ชื่อ - สกุล \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_

H.N. \_\_\_\_\_ ลีลาธิ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

V.N. \_\_\_\_\_ ชื่อ - สกุล ผู้แทน \_\_\_\_\_

[illegible]

ลงชื่อ.....

```
*****
```

ស្តីប្រយ

หมายเหตุ : \_\_\_\_\_

---

---