دانشگاه علوم پزشکی قم

معاونت غذا و دارو

جدول ثبت زمانبندی مراجعه ماهانه شرکت پخش به داروخانه جهت اخذ درخواست دارویی

نام شرکت پخش : **نام نماینده فروش شرکت :** **مربوط به ماه .....**

ردیف	نام داروخانه	محل درج تاریخ نوبت اول مراجعه ماهیانه + درج مهر داروخانه	محل درج تاریخ نوبت دوم مراجعه ماهیانه + درج مهر داروخانه	ردیف	نام داروخانه	محل درج تاریخ نوبت اول مراجعه ماهیانه + درج مهر داروخانه	محل درج تاریخ نوبت دوم مراجعه ماهیانه + درج مهر داروخانه