

BỘ Y TẾ
SỞ Y TẾ.....
Cơ sở

**SỔ THEO DÕI
PHÁT THUỐC METHADONE HẲNG NGÀY**

(Từ/...../..... đến/...../.....)

Sở phát thuốc Methadone dạng dung dịch 10mg/ml

Cơ sở.....

Tháng.....năm.....

[illegible]

Tháng.....năm.....

[illegible]

