

北京仁泽公益基金会
索马杜林®慈善援助项目药品处方



处 方 笺

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

临床诊断：_____ 开具日期：_____

医院：_____

R 注射用醋酸兰瑞肽（索马杜林®）40mg/支 规格 * _____ 支

-----下无内容-----

项目医师签字盖章：_____

备注： 此表格必须由项目医师填写，不得空缺；
如果表格有涂改，须由项目医师在修改处签字盖章。