وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا
معاونت غذا و دارو

بسمه تعالی

تاریخ:.....
شماره:.....
پیوست:.....

## صورتجلسه

در تاریخ.....پوکه داروهای مخدر(به شرح ذیل)متعلق به مرکز درمان سوء مصرف مواد.....

توسط آقای/خانم.....تحویل نماینده واحد نظارت بر داروی مخدر معاونت غذا و دارو گردید./

| نام دارو | تعداد |
|---|---|
| شیشه شربت متادون | |
| بلیستر قرص متادون ۵ | |
| بلیستر قرص متادون۲۰ | |
| بلیستر قرص متادون۴۰ | |
| بلیستر قرص بوپر نورفین۲ | |
| بلیستر قرص بوپر نورفین۰,۴ | |
| شیشه شربت تنتور اپیوم | |

**تحویل دهنده**

**(نماینده مرکز درمان سوء مصرف مواد)**

**تحویل گیرنده**

**(نماینده معاونت غذا و دارو)**

**معاون غذا و دارو**

**مسئول واحد نظارت بر مواد مخدر**

***تحویل پوکه داروی مخدر قبل از دریافت دارو الزامی است.**

**خیابان شهید فیاض بخش-بیمارستان دکتر علی شریعتی**
**تلفن:۵۳۳۱۴۷۰۰-۵۳۳۱۶۳۱۳تلفاکس:۵۳۳۱۸۳۸۳کدپستی:۷۴۶۱۹۸۵۹۸۳**