**处 方 笺**

|  |  |
| --- | --- |
| 入组编号 | 临床试验名称/编号  |
| 临床诊断： | **℞：**  医师\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日 |

姓名 性别 年龄 科别床号 病案号 \_\_\_\_\_\_

 审核/发药 核对 取药地点:东院病房2层西侧GCP中心药房;

取药时间:周一~周四 上午8:00-11:30下午14:00-16:30; 周五 上午8:00-11:30

取药请到东院病房2层西侧GCP中心药房 □东办公室 □西办公室（可以删除）