附件

# 加利科技有限公司瑕疵口罩換貨單

(登記日期:_____________)

| 藥局名稱: | | | 醫事機構代碼: | |
|---|---|---|---|---|
| 編號 | 姓名 | 身分證字號 | 連絡電話 | 更換片數 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

頁數: 合計片數: