

แบบฟอร์มการขอสนับสนุนตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

มีความประสงค์จะขอสนับสนุนตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม โดยขอแจ้งรายละเอียด ดังนี้

- เลขที่ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท ๕ เฉพาะกัญชา.....
- มีแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
 การสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย การใช้น้ำมันกัญชา (Special Access Scheme) ออนไลน์
- ขอสนับสนุนตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม ดังนี้

ลำดับ	ชื่อตำรับยา	ขนาดบรรจุต่อกล่อง	ผู้ผลิต	จำนวน (กล่อง)
๑	ศุขไสยาสน์	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย	
๒	ทพยาธิคุณ	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย	
๓	ศุขไสยาสน์	๑๐ แคปซูล* ๑๐ แผง	โรงพยาบาลคูเมือง	
๔	ทำลายพระสุเมรุ	๑๐ แคปซูล* ๑๐ แผง	โรงพยาบาลคูเมือง	

- วัน-เวลาเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย.....
- รายงานการใช้ยาด้านประสิทธิผลเบื้องต้น (AUR) ล่าสุด เมื่อวันที่.....
- รายงานการใช้ยาด้านประสิทธิผลเบื้องต้น (SAS) ล่าสุด เมื่อวันที่.....
- ผู้ประสานงานด้านการรายงานการใช้ตำรับยาฯ

ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์มือถือ.....Line ID.....

E-mail.....

- ผู้ประสานงานด้านการจัดส่งตำรับยาฯ

ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์มือถือ.....Line ID.....

E-mail.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....)