

เอกสารเรียกเก็บยาคืน

ร้าน/สถานพยาบาล.....ตั้งอยู่เลขที่.....

(ชื่อสถานที่ของลูกค้า)

ได้ดำเนินการตรวจสอบยา.....เลขทะเบียน.....รุ่นการผลิต.....

ตามจดหมายของห้างฯ/ บริษัทฯ ลงวันที่.....แล้ว ปรากฏว่า

ไม่มียาเหลืออยู่

พบยาเหลืออยู่ จำนวน.....

และได้จัดส่งคืนมาทาง.....

เมื่อวันที่.....แล้ว

(ลงชื่อ) .....(ชื่อลูกค้า)

(.....)