

申請日期： 年 月 日

桃園市政府衛生局公費抗病毒藥劑申請單

申請藥劑	醫事代碼	縣市	配置點名稱	地址	承辦人	電話	配送數量(盒)
易剋冒 或克流感膠囊	○○○	桃園市	○○醫院/診所/衛生所		○○○	03-0000000 分機 0000	○盒
瑞樂沙	○○○	桃園市	○○醫院/診所/衛生所		○○○	03-0000000 分機 0000	○盒

承辦人：

護理長：

主任：

備註：申請單請寄 email:10062928@mail.tycg.gov.tw，請務必電話確認，並以盒為單位

(疾病管制科-莊小姐分機 2124)

易剋冒:1 大箱 288 盒(2880 顆)

瑞樂沙:1 箱 48 盒