فرم اطلاعات فردی مراجعین مشکوک به آنفلوانزا جهت دریافت قرص اوسلتامیویر در مرکز خدمات جامع سلامت...

ردیف	نام و نام خانوادگی	کدملی	گروه دارای اولویت مصرف	آدرس	شماره تماس	تعداد قرص تحویلی	تاریخ	امضا