دائـــــرة الـصـــحـــة
DEPARTMENT OF HEALTH

Drug Shortage Reporting Form

Package Name	Generic Name	Strength	Dosage Form	Package Size	Manufacturer Name	Name of Facility/pharmacy/ location

تقرير الإبلاغ عن نقص الأدوية

اسم المنشأة/ الصيدلية/الموقع	اسم الشركة المصنعة	حجم العبوة	الشكل الصيدلاني	التركيز	الاسم العلمي	الاسم التجاري