

teva

Date April 15

Verbal R/ R verbale

Name/Nom

RYAN SAKAKI

Address/Adresse

DOB - Sept 11/81

Tel. No/N° de tél. ( )

Allergies

Medical Condition/Trouble médical

R

Off work  
until reassessed  
Friday  
April 26/24

# of Refills/Renouvellements 1 2 3 4 5

Doctor's Name/Nom du médecin

KUBO

License #/N° de permis

CP8015555

Tel. No/N° de tél.

Address/Adresse

Pharmacist/Pharmacien(ne)