



**Regencia Veterinaria
DESPACHO DE FÁRMACOS RESTRINGIDOS**

Día	Mes	Año	N.º
------------	------------	------------	------------

Medicamento	
Casa comercial	
Cantidad	
Lote y fecha de vencimiento	

Servicio o cátedra			
Responsable			
Uso	Docencia ()	Proyecto o programa ()	Laboratorio ()
Detalle			
N.º hoja de usos			

Regente

Responsable