แบบฟอร์มประกอบการเบิกจ่าย นมผงดัดแปลงสำหรับทารก
สำหรับเด็กแรกเกิด-อายุ 18 เดือน ที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
โครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

.....

HN. มารดา.....อายุมารดา ปัจจุบัน.....ปี

ที่อยู่ (กรณีที่เปิดเผย และให้ติดตามได้).....

วัน/เดือน/ปี เกิดทารก.....สถานที่คลอด.....

น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม แรกคลอดตัวยาว.....ซม.

ครั้งที่มารับนม	วัน/เดือน/ปี ที่จ่ายนม	น้ำหนักเด็ก ปัจจุบัน (กรัม/กก)	ส่วนสูง ปัจจุบัน (ซม.)	ชนิดนมผง (นมเด็กเล็ก หรือ นมสูตรต่อเนื่อง)	ขนาดบรรจุ (450 กรัม/ 1,000 กรัม	จำนวน (กระป๋อง)	หมายเหตุ

หมายเหตุ : แบบฟอร์ม 1 ชุด สำหรับเด็ก 1 คน เพื่อใช้เป็นหลักฐานการเบิกจ่ายที่สามารถตรวจสอบ ยืนยัน หรือควบคุมกำกับ ได้ตลอดเวลา