

ใบเบิกวัสดุวิทยาศาสตร์

สำหรับ.....

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	รายการ	หน่วย	อัตราการใช้ ต่อเดือน	เหลือ	เบิกใหม่ จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	Glucose strip	BOX					
2	Lancet UNO	BOX					
3	Control glucose 1/2	BOX					Free
4	K3EDTA tube	TUBE					
5	Clotted blood tube	TUBE					
6	Activator tube	TUBE					
7	Lithium heparin tube	TUBE					
8	NaF tube	TUBE					
9	HCV	BOX					
10	HBsAg	BOX					
11	Covid-19	BOX					
12	UPT	PICE					
13	FOB	BOX					
14	UA container	PICE					
15	Uristix 2 P	BOT					
16	Uristix 7 P	BOT					
17	HCT red tip	BOT					
18	Crystoseal	BOX					

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....ผู้รับของ

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายของ

( นางสาวนงค์ จันทร์กุล )

วัน/เดือน/ปี.....