

โรงพยาบาลควนเนียง

ใบเบิกพัสดุ

สำหรับ ห้องทันตกรรม

(ปรับปรุง 1 พ.ย. 67)

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	ALCOHOL 70% (450 ml.)	ขวด	3				
2	ALCOHOL DRY GEL	ขวด	2 / เดือน				
3	HIBISCRUP (450 ML)	ขวด	2				
4	NSS 0.9 % irrigate 1,000 ML	BAG	5				
5	Alcohol 95% (450 ml)	ขวด	1 / เดือน				
6	Aromatic ammonia 450 ml	ขวด	1 /เดือน				
7	Vaseline cream 450 gm.	กระปุก	1 /เดือน				
8	POVIDONE IODINE 450 ML.	ขวด	1 /เดือน				

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
(นส.สุภัทรา ชมรูปสวย)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(นายन्छชา ทัดตานนท์)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย
(นางสาววาเนสซ่า หล้าจะนะ)

ลงชื่อ.....ผู้รับ
(นส.สุภัทรา ชมรูปสวย)

ว/ด/ป/...../.....

ว/ด/ป/...../.....