โรงพยาบาลควนเนียง

ใบเบิกพัสดุ

สำหรับ หน่วยจ่ายกลาง (ปรับปรุง 1 พ.ย. 67)

ที่.....**.** **วันที่**.....**เดือน**.....**พ.ศ**.....**.**

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	Alcohol dry gel	ขวด	2				
2	Alcohol 70 % (450 ml)	ขวด	1 /เดือน				

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
(นางจินตนา ศรีร่วมสอน)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(นายนัชชา ทัตตานนท์)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย
(นางสาววาเนสซ่า หลำจะนะ)
ว/ด/ป ...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ
(นางจินตนา ศรีร่วมสอน)
ว/ด/ป ...../...../.....