

โรงพยาบาลควนเนียง

ใบเบิกพัสดุ

สำหรับ ห้องเวชปฏิบัติครอบครัว

(ปรับปรุง 1 พ.ย. 67)

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	ALCOHOL 70% (450 ml.)	ขวด	1				
2	ALCOHOL 95% (450 ml.)	ขวด	1				
3	ALCOHOL DRY GEL	ขวด	3				
4	Glucose 50 % inj.	ขวด	35				
5	Aromatic Ammonia 450 ml	ขวด	1 /เดือน				
6	K-Y gel 7.5 g	หลอด	1				
7	Povidone Iodine 450 ml.	ขวด	1 /เดือน				

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(นางคนิตา ชัยภัทรธนกุล)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(นายรัชชา ทัดตานนท์)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

(นางสาววาเนสซ่า หล้าจะนะ)

ว/ด/ป/...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(นางคนิตา ชัยภัทรธนกุล)

ว/ด/ป/...../.....