

ใบเบิกยานอกเวลา กลุ่มงานทันตกรรม

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลำดับ	ชื่อยาที่เบิก	จำนวน	จ่าย	คงเหลือ
1	Amoxycillin 500 mg	5 ชุด X 20 เม็ด		
2	Amoxycillin 250 mg	5 ชุด X 20 เม็ด		
3	Ibuprofen 400 mg	5 ชุด X 10 เม็ด		
4	Metronidazole 400 mg	2 ชุด X 10 เม็ด		
5	Paracetamol 500 mg	9 ชุด X 10 เม็ด		
6	Paracetamol 325 mg	10 ชุด X 10 เม็ด		
7	Paracetamol syrup	5 ขวด		
8	Amoxycillin syrup	5 ขวด		

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(นางสาวฐานิยา ชูวิจิตรต์)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

(.....)