

ใบเบิกเวชภัณฑ์กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
โรงพยาบาลปราสาท อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

เลขที่ใบเบิก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

กลุ่มงาน/งาน.....

ขอเบิก ยา วัสดุกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อนำไปใช้ในหน่วยงาน ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการที่ขอเบิก	หน่วยนับ	จำนวนขอเบิก	จำนวนที่ได้รับ	จำนวนคงเหลือ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
รวมจำนวนที่เบิก.....รายการ					

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....หัวหน้างาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้รับพัสดุ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยพัสดุ

(นางกัญญลักษณ์ พงษ์หิรัญศิริ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายพัสดุ

(นายอนุวัฒน์ ใจหวัง)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชปฏิบัติงาน