

ใบเบิกวัสดุการแพทย์
โรงพยาบาลปรารักษ์ อำเภอลำปาง จังหวัดศรีสะเกษ

เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

กลุ่มงาน / งาน.....

ขอเบิก วัสดุการแพทย์ เพื่อนำไปใช้ในหน่วยงาน ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการที่ขอเบิก	หน่วยนับ	จำนวนขอเบิก	จำนวนที่ได้รับ	จำนวนเงิน
รวมจำนวนเบิก.....รายการ		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท			

ลงชื่อ.....หัวหน้างาน
(.....)
ตำแหน่ง
ลงชื่อ.....ผู้รับพัสดุ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยพัสดุ
(นางกัญญลักษณ์ พงษ์ศิริ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ลงชื่อ.....ผู้จ่ายพัสดุ
(นางสาวปรียาภรณ์ แหวนเงิน)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....