ใบเบิกจ่ายพัสดุการแพทย์

เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

กลุ่มงาน/งาน .....

ขอเบิก ☐ วัสดุ ☐ ครุภัณฑ์ ☐ ภัณฑ์มูลค่าต่ำกว่าเกณฑ์

เพื่อนำไปใช้ที่ หน่วยงาน .....มีความประสงค์ขอเบิก ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการที่ขอเบิก	จำนวนขอเบิก	จำนวนที่ได้รับ	จำนวนเงิน

รวมเบิกจ่ายจำนวน.....รายการ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท

ลงชื่อ.....หัวหน้างาน
( )
วันที่

ลงชื่อ..... ....หัวหน้าหน่วยพัสดุ
(นางกัญญลักษณ์ พงษ์หิรัญสิริ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วันที่

ลงชื่อ.....ผู้รับพัสดุ
( )
วันที่

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายพัสดุ
(นางสาวปรียาภรณ์ แหวนเงิน)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่

วงกลม