

ที่ สข ........................... โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล................

 ตำบล.......... อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

 วันที่..........เดือน.....................พ.ศ...............

เรื่อง ขอส่งใบเบิกจ่ายกลาง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบเบิกจ่ายกลาง

 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล................................. ตำบล.................. ขอส่งใบเบิกจ่ายกลาง เพื่อใช้ในการทำหัตถการดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(....................................................)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล...............................

โรงพยาบาลควนเนียง

ราคาชุดอุปกรณ์จ่ายกลาง

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการเครื่องมือ | ราคา | จำนวนเบิก | จำนวนจ่าย | หมายเหตุ |
| 1 | **ชุดทำแผล** |   |   |   |   |
|   | ขนาดเล็ก(ปกติ) | 12 |   |   |   |
|   | ขนาดกลาง | 25 |   |   |   |
|   | ขนาดใหญ่ | 55 |   |   |   |
| 2 | ชุดเย็บแผล | 20 |   |   |   |
| 3 | ชุด PV | 15 |   |   |   |
| 4 | ชุดทำคลอด | 40 |   |   |   |
| 5 | **ชุดห้องฟัน** |   |   |   |   |
|   | ชุดตรวจ | 12 |   |   |   |
|   | ถอนบนใหญ่ | 15 |   |   |   |
|   | ถอนล่างใหญ่ | 15 |   |   |   |
|   | ถอนบนเด็ก | 17 |   |   |   |
|   | ถอนล่างเด็ก | 17 |   |   |   |
|   | อุด am | 15 |   |   |   |
|   | แก้วน้ำ 1 แพค จำนวน 10 ใบ | 20 |   |   |   |
|   | P 10 | 10 |   |   |   |
|   | Spoon | 10 |   |   |   |
|   | หัวเบอร์/หัวแปรง | 10 |   |   |   |
| 6 | กรรไกรตัดไหม | 10 |   |   |   |
| 7 | กรรไกรตัดเนื้อ | 10 |   |   |   |
| 8 | Artery ขนาด 5 นิ้ว | 12 |   |   |   |
| 9 | Artery ขนาด 6 นิ้ว | 15 |   |   |   |
| 10 | Proop | 7 |   |   |   |
| 11 | Curettage  | 7 |   |   |   |
| 12 | Top ขนาด3\*6 | 7 |   |   | ใส่เพิ่มใน setชิ้นละ5บาท |
| 13 | Top ขนาด8\*12 | 12 |   |   | ใส่เพิ่มใน set ชิ้นละ10 บาท |
| 14 | Drain ความยาวน้อยกว่า 10ซม. | 2 |   |   |   |
| 15 | Drain ความยาวมากกว่า 10ซม. | 5 |   |   |   |

ลงชื่อ.......................................................ผู้เบิก ลงชื่อ...............................................................ผู้จ่าย

.................................................................. ...........................................................................

ตำแหน่ง................................................... ตำแหน่ง..............................................................

ลงชื่อ......................................................ผู้ส่ง ลงชื่อ...........................................................ผู้รับ

...................................................................... ……………………………………………......

ตำแหน่ง พนักงานขับรถ ตำแหน่ง............................................................