โรงพยาบาลควนเนียง

ใบเบิกพัสดุ

สำหรับ แพทย์แผนไทย (ปรับปรุง 1 ต.ค. 69)

ที่..... **วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....**

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	ยาหม่องเสลดพังพอน 50 g.	ขวด	24 /เดือน				
2	ลูกประคบ	ลูก	22 /เดือน				
3	Alcohol dry gel	ขวด	**1 /เดือน**				
4	Alcohol 70% (450 ml)	ขวด	**1 /เดือน**				

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
(นส.กิตติมา สนธิ์ขาว)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(นายนัชชา ทัตตานนท์)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย
(นางสาววาเนสซ่า หลำจะนะ)
ว/ด/ป ...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ
(นส.กิตติมา สนธิ์ขาว)
ว/ด/ป ...../...../.....