โรงพยาบาลควนเนียง

ใบเบิกพัสดุ

สำหรับ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) (ปรับปรุง 1 ต.ค. 69)

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

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	ALCOHOL DRY GEL	ขวด	6 ขวด/wks				
2	Paracetamol syr. 120 mg/5ml (60 ml)	ขวด	1 / 2 wks				
3	Paracetamol 325 mg TAB.	เม็ด	10 /2 wks				
4	Paracetamol 500 mg. TAB.	เม็ด	10 / 2 wks				
5	Vasaline 5 g.	ตลับ	5				

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(นางสาวณธิดา สินทอง)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(นายนัชชา ทัตตานนท์)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

(นางสาววาเนสซ่า หลำจะนะ)

ว/ด/ป ...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(นางสาวณธิดา สินทอง)

ว/ด/ป ...../...../.....