โรงพยาบาลควนเนียง

ใบเบิกพัสดุ

สำหรับ งานประกันสุขภาพและยุทธศาสตร์ (ปรับปรุง 1 ต.ค. 69)

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

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	Alcohol dry gel	ขวด	1				

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
(น.ส.ลัดดาวรรณ นวลสงค์)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(นายนัชชา ทัตตานนท์)

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

ลงชื่อ.....ผู้รับ
(น.ส.ลัดดาวรรณ นวลสงค์)
ว/ด/ป ...../...../.....