โรงพยาบาลควนเนียง

ใบเบิกพัสดุ

สำหรับ ห้องทันตกรรม (ปรับปรุง 1 ต.ค. 69)

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

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	ALCOHOL 70% (450 ml.)	ขวด	2				
2	**ALCOHOL DRY GEL**	ขวด	1 / เดือน				
3	HIBISCRUP (450 ML)	ขวด	**1**				
4	NSS 0.9 % irrigate 1,000 ML	BAG	5				
5	Alcohol 95% (450 ml)	ขวด	1 / เดือน				
6	**Vasaline cream 5 g.**	**ตลับ**	**5**				
7	POVIDONE IODINE 450 ML.	ขวด	**1 /เดือน**				
8	Hydrogen Peroxide Sol. (450 ml.)	ขวด	1				

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
(นส.สุภัทรา ชมรูปสวย)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(นายนัชชา ทัตตานนท์)

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

ลงชื่อ.....ผู้รับ
(นางฐานิยา ชูวิจิตต์)
ว/ด/ป ...../...../.....