โรงพยาบาลควนเนียง

ใบเบิกพัสดุ

สำหรับ ห้องเวชปฏิบัติครอบครัว (ปรับปรุง 1 ต.ค. 69)

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

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	ALCOHOL 70% (450 ml.)	ขวด	1				
2	ALCOHOL 95% (450 ml.)	ขวด	1				
3	**ALCOHOL DRY GEL**	ขวด	**3**				
4	Glucose 50 % inj.	ขวด	4				
5	K-Y gel 7.5 g	หลอด	1				
6	**Povidone Iodine 450 ml.**	**-ขวด**	**1 /เดือน**				

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(นางดนิตา ชัยภัทรธนกุล)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(นายนัชชา ทัตตานนท์)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

(นางสาววาเนสซ่า หลำจะนะ)

ว/ด/ป ...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(นางดนิตา ชัยภัทรธนกุล)

ว/ด/ป ...../...../.....