

โรงพยาบาลควนเนียง
ใบเบิกพัสดุ
สำหรับ งานประกันสุขภาพและยุทธศาสตร์ (ปรับปรุง 1 ต.ค. 68)

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

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

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
(นส.ลัดดาวรรณ นวลสงค์)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(นายนิชชา ทัดตานนท์)

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

ลงชื่อ.....ผู้รับ
(นส.ลัดดาวรรณ นวลสงค์)
ว/ด/ป/...../.....