โรงพยาบาลควนเนียง

ใบเบิกพัสดุ

สำหรับ แพทย์แผนไทย (ปรับปรุง 1 ต.ค. 68)

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

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่ จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	ยาหม่องเสลดพังพอน 50 g.	ขวด	24 /เดือน				
2	ลูกประคบ	ลูก	22 /เดือน				
3	Alcohol dry gel	ขวด	1 /เดือน				
4	Alcohol 70% (450 ml)	ขวด	1 /เดือน				

ลงชื่อ...ผู้เบิก
(นส.กิตติมา สนธิ์ขาว)

ลงชื่อ...ผู้อนุมัติ
(นายนัชชา ทัตตานนท์)

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

ลงชื่อ...ผู้รับ
(นส.กิตติมา สนธิ์ขาว)
ว/ด/ป ..../................../..............