ใบเบิกเวชภัณฑ์

โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

จากงาน.....	**เลขที่ใบเบิก**.....
ฝ่าย/กลุ่มงาน.....	**วันที่**.....

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	ราคาต่อหน่วย	จำนวน		มูลค่า	หมายเหตุ
				เบิก	จ่าย		

รวมทั้งสิ้น.....**รายการ เป็นเงิน**.....**บาท**

ลงชื่อ ผู้เบิก ( ) หัวหน้าหรือผู้แทนฝ่าย/กลุ่มงาน วันที่เบิกของ.....	ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ ( ) ตำแหน่ง..... วันที่.....
ลงชื่อ ผู้รับ ( ) ตำแหน่ง..... วันที่รับของ.....	ลงชื่อ ผู้อนุมัติ ( ) หัวหน้าหน่วยพัสดุ วันที่.....