ใบเบิกวัสดุการแพทย์และเวชภัณฑ์มิใช่ยา

โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ใบเบิกเลขที่.....

เรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

แผนก/รพ.สต.....วันที่.....

มีความประสงค์ขอเบิกเวชภัณฑ์มิใช่ยา ***** ส่งใบเบิกภายใน<u>วันพุธ</u>ของแต่ละสัปดาห์ ถ้าส่งใบเบิกช้าให้รับของสัปดาห์ต่อไป *****

ลำดับ	รายการ	ใน แผน	นอก แผน	จำนวน	หน่วยนับ	ราคาต่อ หน่วย	มูลค่ารวม	หมายเหตุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ……..……..ผู้เบิก

(…….……)

ตำแหน่ง.....

วันที่เบิกของ……...

ลงชื่อ……ผู้สั่งจ่าย

(นางสาววิไลภรณ์ โสภาน้อย)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่สั่งจ่าย.....

ลงชื่อ……..ผู้รับของ

(……..……)

ตำแหน่ง.....

วันที่รับของ.....

ลงชื่อ…….……..……ผู้จ่ายของ

(นางวิสสุตา คำภักดี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่จ่ายของ.....