

ใบเบิกพัสดุทางการแพทย์ที่มีใช้ยา

เลขที่.....

เรียน หัวหน้าหน่วยพัสดุ

วันที่

ด้วยข้าพเจ้า ตำแหน่ง

หน่วยงานเบิก..... มีความประสงค์ขอเบิกวัสดุเพื่อใช้ในราชการ ดังรายการต่อไปนี้

[illegible]

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

นางสาว ทิพาพร คนตรีเสนาะ

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง	หัวหน้าหน่วยพัสดุ
---------	-------------------

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับของ

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

นางสาว พรปวีณ์ ศรีโสภณ

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่งพนักงานบริการ.....

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

