ใบเบิกวัสดุ (เครื่องมือแพทย์)

ปท. .....

เรียน หัวหน้าเครื่องมือแพทย์ วันที่.....

ด้วยข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงานเบิก..... มีความประสงค์จะขอเบิกวัสดุเพื่อใช้ในราชการ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	คงเหลือ	เบิกครั้งสุดท้าย ว.ด.ป	จำนวนเบิก				
					เบิก	จ่าย	ราคา	ราคารวม	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

ปาจรีย์ เยื่อปุย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

พรปวีณ์ ศรีโสภณ

ตำแหน่ง พนักงานพิมพ์

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับของ

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....