

ใบเบิกพัสดุทางการแพทย์ที่มีโชยา

เลขที่.....

เรียน หัวหน้าหน่วยพัสดุ

วันที่

ด้วยข้าพเจ้า ตำแหน่ง

หน่วยงานเบิก..... มีความประสงค์จะขอเบิกวัสดุเพื่อใช้ในราชการ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	หน่วย นับ	คงเหลือ	เบิกครั้งสุดท้าย ว.ค.ป	จำนวนเบิก				
					เบิก	จ่าย	ราคา	ราคารวม	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

ตำแหน่ง.....

นางสาว ทิพาพร คนตรีเสนาะ
ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยพัสดุ

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับของ

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

ตำแหน่ง.....

นางสาว พรปวีณ์ ศรีโสภณ
ตำแหน่งพนักงานบริการ.....

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....