ใบเบิกเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลพรหมบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

งาน..... ใบเบิกเลขที่.....

ขอเบิกเวชภัณฑ์มิใช่ยา จากกลุ่มการพยาบาล ดังนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเบิก	ราคา/หน่วย	จำนวนจ่าย	เป็นเงิน	หมายเหตุ

(ลงชื่อ).....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่าย

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับของ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....