



ใบเบิกพัสดุ

ใบเบิกเลขที่ _____ งาน _____

กอง/เขต ศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย สำนักงาน _____ อonomy กรุงเทพมหานคร

ถึง ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย

ข้าพเจ้าขอเบิกพัสดุตามรายการข้างท้ายนี้ เพื่อใช้ในงาน

และต้องการใช้พัสดุตามใบเบิกนี้ ภายในวันที่ _____ เดือน _____

พ.ศ. _____ และมอบให้ _____ ตำแหน่ง _____

เป็นผู้รับพัสดุแทนข้าพเจ้า

ลำดับที่	รายการ	หน่วยนับ	จำนวน		หมายเหตุ
			เบิก	จ่าย	

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(นางวิไลวรรณ อธิมิตชัยกุล)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและการบริหารทั่วไป

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายพัสดุ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งจ่าย

(นายธวัช พจนพิศุทธิพงศ์)

ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์) ต้น

ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับพัสดุ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....