

ใบเบิกเวชภัณฑ์ของหน่วยงานภายในศูนย์บริการสาธารณสุข

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 9

เลขที่จ่าย :

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

ขอเบิกยาตามรายการข้างต้น เพื่อ ใช้ภายในหน่วยงาน ใช้ในกิจกรรม.....

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	จำนวนยา		ราคารวม		หมายเหตุ
			ขอเบิก	จ่ายจริง	บาท	สต.	
รวมมี			รวมเป็นจำนวนเงิน			บาท	

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
 (.....) วันที่.....
 ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย
 (.....) วันที่.....
 ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
 (.....) วันที่.....
 ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ
 (.....) วันที่.....
 ตำแหน่ง.....

กรุณาให้ผอ.เซ็นอนุมัติและส่งห้องยาภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน