ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์

ใบเบิกเลขที่.....
แผ่นที่.....ของจำนวนแผ่น.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

จากกลุ่ม/งาน.....

วันที่เบิก..... **วันที่ต้องการใช้**.....

วัตถุประสงค์ในการเบิก.....

..... **จำนวนกลุ่มเป้าหมาย**.....

รายการที่ขอเบิก

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	จำนวน	จ่ายจริง	เลขที่ผลิต (Lot no.)	วันหมดอายุ (Exp. date)	ราคาหน่วยละ (บาท)	ราคารวม (บาท)	หมายเหตุ
หมายเหตุ							รวมแผ่นนี้		
							รวมทั้งสิ้น		

(ลงชื่อ)..... **ผู้เบิก** (.....) วันที่ ...../...../.....	**ผู้ตรวจสอบ** (ลงชื่อ)..... (.....) วันที่ ...../...../.....
(ลงชื่อ)..... **หัวหน้ากลุ่ม/หัวหน้างาน** (.....) วันที่ ...../...../.....	**ผู้อนุมัติจ่าย** (ลงชื่อ)..... (.....) วันที่ ...../...../.....
ให้บุคคลต่อไปนี้รับพัสดุแทนได้	**ผู้จ่าย** (ลงชื่อ)..... (.....) วันที่ ...../...../..... **ผู้รับ** (ลงชื่อ)..... (.....) วันที่ ...../...../.....