ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์

พ.3101

แผ่นที่.....ของจำนวนแผ่น.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

จากกลุ่ม/งาน.....

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

วัตถุประสงค์ในการเบิก.....

..... **มีกลุ่มเป้าหมาย**..... **คน**

รายการที่ขอเบิก

ลำดับ	รายการ	Lot no.	หน่วยนับ	จำนวน	จ่ายจริง	ราคาหน่วยละ (บาท)		ราคารวม (บาท)		ค้างจ่าย
หมายเหตุ						รวมแผ่นนี้				
						รวมทั้งสิ้น				

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