



แบบฟอร์มเบิกยา เวชภัณฑ์ และวัสดุสิ้นเปลือง

UNC-L003

(ห้องปฏิบัติการพยาบาล)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกยา เวชภัณฑ์ และวัสดุสิ้นเปลือง

เรียน ประธานกรรมการห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง/รหัส.....เบอร์โทรศัพท์ต่อ.....

มีความประสงค์จะขอเบิกยา เวชภัณฑ์ และวัสดุสิ้นเปลือง รายวิชา.....

เพื่อใช้.....ตั้งรายการต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อรายการ	จำนวน	หมายเหตุ

..... ลงชื่อผู้ขอเบิก (.....)/...../.....	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ลงชื่อ (นายสีบตระกูล ตันตลานุกูล) ประธานคณะกรรมการห้องปฏิบัติการพยาบาล/...../.....
ลงชื่อ (.....) ผู้จ่ายยา เวชภัณฑ์ และวัสดุสิ้นเปลือง/...../.....	ลงชื่อ (.....) ผู้รับยา เวชภัณฑ์ และวัสดุสิ้นเปลือง/...../.....