

ใบเบิกสิ่งของ
(วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์)

เลขที่.....

จาก หน่วยงาน.....

ถึงหัวหน้าหน่วยพัสดุ

วันที่.....

ลำดับ	รายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเบิก	ราคา	หมายเหตุ
1	Clot blood Tube	Tube	1.24			
2	EDTA Tube	Tube	1.24			
3	NaF Tube	Tube	1.24			
4	ถ้วยปัสสาวะ	ถ้วย	1.50			
5	Hematocrit Red Tube (100 Tube/ขวด)	ขวด	54.00			
6	Slide ปลายผ้า (72 แผ่น/กล่อง)	กล่อง	28.00			
7	Safety Needle (100 อัน/กล่อง)	กล่อง	147.00			
8	Glucose Strip (25 อัน/กล่อง)	กล่อง	79.00			
9	Urine Strip 2 แถบ (100 อัน/ขวด)	ขวด	77.04			
10	hCG Strip	อัน	3.74			
11	Anti-A	ขวด	80.00			
12	Aniti-B	ขวด	80.00			

ลงชื่อผู้เบิก.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อผู้รับ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อผู้อนุมัติ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อผู้จ่าย.....

(นางธามน จานทอง)

ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

วันที่.....