

ใบขอเบิกยา โรงพยาบาลวังเจ้า			ใบเบิกเลขที่.....		
หน่วยงาน.....			วัน/เดือน/ปี.....		
ลำดับ	รายการ	คงเหลือ	จำนวนที่ขอเบิก	จำนวนที่ได้รับ	หมายเหตุ
1	Sodium chloride (external use) 0.9% 1000 ml				
2	Water for Irrigation (Sterile) 1000 ml				
3	Alcohol 70% 450ml				
4	Alcohol 95% 450ml.				
5	AMMONIA SPIRIT 30 ml				
ให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับยาแทนได้		ผู้มีสิทธิเบิกยา			
ผู้มีสิทธิเบิก/ส่งคืน		ฝ่าย/งาน/กลุ่มงาน			
ผู้จ่าย		ผู้ตรวจสอบ			
		หัวหน้าฝ่าย/งาน/กลุ่มงาน			
ได้รับยาตามจำนวนและรายการที่จ่ายเรียบร้อยแล้ว		ผู้อนุมัติจ่าย			
ผู้รับ					