

ใบขอเบิกเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุเภสัชกรรมและกายภาพ โรงพยาบาลวังเจ้า				ใบเบิกเลขที่.....	
หน่วยงาน.....			วัน/เดือน/ปี.....		
ลำดับ	รายการ	คงเหลือ	จำนวนที่ขอเบิก	จำนวนที่ได้รับ	หมายเหตุ
1	ALCOHOL COTTON BALL BLISTER	.....แผง	.....แผง	.....แผง	
2	ALCOHOL HAND GEL 300 ML.	.....ขวด	.....ขวด	.....ขวด	
3	CHLORHEXIDINE HANDWASH 300 ML	.....ขวด	.....ขวด	.....ขวด	
4	CHLORHEXIDINE SWABSTICK	.....กล่อง	.....กล่อง	.....กล่อง	
5	ขวดพลาสติก 30 ml./ 60 ml. / 240 ml.	.....ขวด	.....ขวด	.....ขวด	
6	ซองซิปปลาสติกใส ขนาด 9x8 / 10x15 / 15x23 / 18x28	.....แพ็ค	.....แพ็ค	.....แพ็ค	
7	ซองซิปปลาสติกสีขา ขนาด 9x8 / 10x15 / 15x23 / 18x28	.....แพ็ค	.....แพ็ค	.....แพ็ค	
8	ถุงหิ้วพิมพ์สีม่วงขนาด 6 x 12 / 7x15 / 9x18	.....ห่อ	.....ห่อ	.....ห่อ	
9	สติ๊กเกอร์ม้วน พิมพ์เครื่องเทอร์มอล	.....ม้วน	.....ม้วน	.....ม้วน	
10	ไม้ค้ำยัน เบอร์ 36 / 40 / 42 / 46 / 50 / 52	.....คู่	.....คู่	.....คู่	
11	ไม้เท้า 4 ขา (Walker)	.....อัน	.....อัน	.....อัน	
12	ไม้เท้า 3 ขา (Tri-cane)	.....อัน	.....อัน	.....อัน	
13	ไม้เท้าก้านร่ม (cane)	.....อัน	.....อัน	.....อัน	
ให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเวชภัณฑ์ยาแทนได้			ผู้มีสิทธิเบิกเวชภัณฑ์ยา		
ผู้มีสิทธิเบิก/ส่งคืน			ฝ่าย/งาน/กลุ่มงาน		
ผู้จ่าย			ผู้ตรวจสอบ		
			หัวหน้าฝ่าย/งาน/กลุ่มงาน		
ได้รับเวชภัณฑ์ยาตามจำนวนและรายการที่จ่ายเรียบร้อยแล้ว			ผู้อนุมัติจ่าย		
ผู้รับ					