โรงพยาบาลเกาะเต่า

ใบเบิกวัสดุ

จากฝ่าย/กลุ่มงาน/งาน.....ใบเบิกเลขที่...../.....ลงวันที่.....

ประเภทสิ่งของ วัสดุ/ครุภัณฑ์.....

ถึง เจ้าหน้าที่พัสดุ

ข้าพเจ้าขอเบิกพัสดุตามรายการข้างล่างนี้ เพื่อใช้ในงาน.....

และมอบให้..... ตำแหน่ง.....เป็นผู้รับแทนข้าพเจ้า

ลำดับ	รหัส	รายการ	เบิกครั้งสุดท้าย			ขอเบิกใหม่		หมายเหตุ
			ว/ด/ป	จำนวน	คงเหลือ	จำนวนขอเบิก	จำนวนอนุญาต	

(ลงชื่อ).....ผู้เบิกพัสดุ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายพัสดุ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้สั่งจ่ายพัสดุ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับพัสดุ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่...../...../.....