**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ คลังยาผลิต**

วันที่ .............. เดือน ..................................... พ.ศ. .................

 ข้าพเจ้า........................................................................... ประจำอยู่ที่ภาควิชา/หน่วยงาน CCDD

 ขอเบิกยาและเวชภัณฑ์จากหน่วยเภสัชกรรม โรงพยาบาลทันตกรรม ตามรายการข้างล่างนี้เพื่อ Stock ไว้ปฏิบัติงานประจำคลินิก

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการที่ขอเบิก** | **ขนาดบรรจุ** | **จำนวน Stock** | **จำนวนที่เบิก** | **ราคา/หน่วย** | **ราคารวม** | **หมายเหตุ** |
| 1 | Povidone Iodine 1% MW | 200 ml | 3 Bot |  | 140/Bot |  |  |
| 2 | Chlorhexidine 0.12% MW | 240 ml | 3 Bot |  | 25/Bot |  |  |
| 3 | Hydrogen peroxide 1% MW | 60 ml | 3 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 4 | Alcohol 70% | 450 ml | 5 Bot |  | 35/Bot |  |  |
| 5 | Alcohol gel  | 470 ml | 5 Bot |  | 110/Bot |  |  |
| 6 | Sodium Hypochlorite 0.5% | 4,000 ml | 3 Bot |  | 50/Bot |  |  |
| 7 | Talbot’s Solution  | 30 ml | 1 Bot |  | 115/Bot |  |  |
| 8 | Tincture Iodine 1.5% | 30 ml | 1 Bot |  | 35/Bot |  |  |
| 9 | Methanol (แอลกอฮอร์จุดไฟ) | 2.14 lite | 1 gallon |  | 150/Bot |  |  |
| 10 | Hibiscrub Solution | 5,000 ml | 1 gallon |  | 780/Bot |  |  |
| 11 | Ammonia Spirit | 30 ml | 1 Bot |  | 20/Bot |  |  |
| 12 | Vassaline | 50 gm | 1 Bot |  | 20/Bot |  |  |
| 13 | Sodium Fluoride Gel 1% | 25 gm | 1 Bot |  | 18/Bot |  |  |
| 14 | Erythrosine solution 0.2%  | 450 ml | 1 Bot |  | 40/Bot |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** | **บาท** |
| 1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าวัสดุที่เบิกไปนี้จะนำไปใช้ในราชการเท่านั้นลงชื่อ.................................ผู้เบิก ลงชื่อ..........................หัวหน้าหน่วยงาน (.............................................) (.............................................) |  2. อนุมัติให้จ่ายได้ลงชื่อ.............................หัวหน้าหน่วยงาน (นางพนิตา พร้อมมูล) |
| 3. ข้าพเจ้าได้จ่ายวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว ลงชื่อ..................................................ผู้จ่ายของ (.............................................)  ......./......../....... | 4. ข้าพเจ้าได้ตรวจรับวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้วลงชื่อ.................................................ผู้รับของ (.............................................)  ........./........../........  |