**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ คลังยาใหญ่**

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

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

ขอเบิกยาและเวชภัณฑ์จากหน่วยเภสัชกรรม โรงพยาบาลทันตกรรม ตามรายการข้างล่างนี้เพื่อ Stock ไว้ปฏิบัติงานประจำคลินิก

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการที่ขอเบิก** | **ขนาดบรรจุ** | **จำนวน Stock** | **จำนวนที่เบิก** | | **ราคา/หน่วย** | **ราคารวม** | **หมายเหตุ** |
| 1 | Normal Saline irrigation 0.09% | 250 ml | 5 Bot |  | | 24/Bot |  |  |
| 2 | Mepivacaine 2% + Epinephrine 1:100000 | 1.8 ml | 1 Box |  | | 15/Amp |  |  |
| 3 | Benzocain gel 20% | 50 gm | 1 Bot |  | | 471/Bot |  |  |
| 4 | Sterile water for injection | 500 ml | 1 Bot |  | | 35/Bot |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** | | | | | | | **บาท** | |
| 1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าวัสดุที่เบิกไปนี้จะนำไปใช้ในราชการเท่านั้น  ลงชื่อ.................................ผู้เบิก ลงชื่อ..........................หัวหน้าหน่วยงาน  ( ...................................... ) ( ...................................... ) | | | | | 2. อนุมัติให้จ่ายได้  ลงชื่อ.............................หัวหน้าหน่วยงาน  (นางพนิตา พร้อมมูล) | | | |
| 3. ข้าพเจ้าได้จ่ายวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว  ลงชื่อ..................................................ผู้จ่ายของ  (.............................................)  ......./......../....... | | | | | 4. ข้าพเจ้าได้ตรวจรับวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว  ลงชื่อ.................................................ผู้รับของ  (.............................................)  ......./......./....... | | | |