**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ คลังยาผลิต**

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

ข้าพเจ้า........................................................................ ประจำอยู่ที่ภาควิชา/หน่วยงาน คลินิกนอกเวลา

ขอเบิกยาและเวชภัณฑ์จากงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลทันตกรรม ตามรายการข้างล่างนี้เพื่อ Stock ไว้ปฏิบัติงานประจำคลินิก

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการที่ขอเบิก** | **ขนาดบรรจุ** | **จำนวน Stock** | **จำนวนที่เบิก** | **ราคา/หน่วย** | **ราคารวม** | **หมายเหตุ** |
| 1 | Povidone iodine 1% MW | 200 ml | 50 Bot |  | 140/Bot |  |  |
| 2 | Sodium Hypochlorite 2.5% | 450 ml | 20 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 3 | Sodium Hypochlorite 5.25% | 450 ml | 10 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 4 | Sodium Hypochlorite 1% | 450 ml | 5 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 5 | Sodium Hypochlorite 0.05% | 4,000 ml | 7 Bot |  | 75/Bot |  |  |
| 6 | EDTA Solution | 30 ml | 25 Bot |  | 30/Bot |  |  |
| 7 | Calcium hydroxide | 10 gm | 20 Bot |  | 25/Bot |  |  |
| 8 | RCT powder | 10 gm | 10 Bot |  | 55/Bot |  |  |
| 9 | Sodium perborate | 10 gm | 3 Bot |  | 46/Bot |  |  |
| 10 | Superoxal | 30 ml | 2 Bot |  | 25/Bot |  |  |
| 11 | Formocresol | 30 ml | 2 Bot |  | 46/Bot |  |  |
| 12 | Xylene | 30 ml | 4 Bot |  | 35/Bot |  |  |
| 13 | Camphophenol | 30 ml | 2 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 14 | Clove oil | 30 ml | 5 Bot |  | 70/Bot |  |  |
| 15 | น้ำกลั่น (แกลลอน) | 4,000 ml | 8 gallon |  | 48/Bot |  |  |
| 16 | Special pumice | 100 gm | 5 Bot |  | 55/Bot |  |  |
| 17 | Povidone Iodine solution | 30 ml | 7 Bot |  | 20/Bot |  |  |
| 18 | Chlorhexidine 0.12% | 240 ml | 20 Bot |  | 32/Bot |  |  |
| 19 | Chlorhexidine 2% | 240 ml | 12 Bot |  | 45/Bot |  |  |
| 20 | Alcohol 70% | 450 ml | 15 Bot |  | 35/Bot |  |  |
| 21 | Talbot’s solution | 30 ml | 2 Bot |  | 115/Bot |  |  |
| 22 | Glutaraldehyde | 1,000 ml | 6 Bot |  | 155/Bot |  |  |

**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์**

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

ข้าพเจ้า........................................................................... ประจำอยู่ที่ภาควิชา/หน่วยงาน คลินิกนอกเวลา

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการที่ขอเบิก** | **ขนาดบรรจุ** | **จำนวน Stock** | **จำนวนที่เบิก** | **ราคา/หน่วย** | **ราคารวม** | **หมายเหตุ** |
| 23 | Erythrosine Gel 2% | 50 ml | 2 Bot |  | 70/Bot |  |  |
| 24 | Ammonia Spirit | 30 ml | 2 Bot |  | 20/Bot |  |  |
| 25 | 1% Hydrogen peroxide MW | 60 ml | 10 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 26 | Savlon in water with NaNO2 1:30 | 1,000 ml | 5 Bot |  | 24/Bot |  |  |
| 27 | Acetone | 30 ml | 2 Bot |  | 25/Bot |  |  |
| 28 | Hibiscrub | 5,000 ml | 4 gallon |  | 780/gallon |  |  |
| 29 | Alcohol gel 70% | 470 ml | 10 Bot |  | 110/Bot |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** | | | | | | **บาท** | |
| 1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าวัสดุที่เบิกไปนี้จะนำไปใช้ในราชการเท่านั้น  ลงชื่อ.................................ผู้เบิก ลงชื่อ..........................หัวหน้าหน่วยงาน  ( ) ( ) | | | | | 2. อนุมัติให้จ่ายได้  ลงชื่อ.............................หัวหน้าหน่วยงาน  (นางพนิตา พร้อมมูล) | | |
| 3. ข้าพเจ้าได้จ่ายวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว  ลงชื่อ..................................................ผู้จ่ายของ  (.............................................)  ......./......../....... | | | | | 4. ข้าพเจ้าได้ตรวจรับวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว  ลงชื่อ.................................................ผู้รับของ  (.............................................)  ........./........../........ | | |

ขอเบิกยาและเวชภัณฑ์จากงานเภสัชกรรมตามรายการข้างล่างนี้เพื่อ Stock ไว้ปฏิบัติงานประจำคลินิก