**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ คลังยาผลิต**

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

 ข้าพเจ้า........................................................................... ประจำอยู่ที่ภาควิชา/หน่วยงาน คลินิกบริการทันตกรรม

 ขอเบิกยาและเวชภัณฑ์จากหน่วยเภสัชกรรม โรงพยาบาลทันตกรรม ตามรายการข้างล่างนี้เพื่อ Stock ไว้ปฏิบัติงานประจำคลินิก

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการที่ขอเบิก** | **ขนาดบรรจุ** | **จำนวน Stock** | **จำนวนที่เบิก** | **ราคา/หน่วย** | **ราคารวม** | **หมายเหตุ** |
| 1 | Alcohol 70% | 450 ml | 5 Bot |  | 35/Bot |  |  |
| 2 | Chlorhexidine 0.12% MW | 240 ml | 10 Bot |  | 32/Bot |  |  |
| 3 | EDTA solution  | 30 ml | 5 Bot |  | 30/Bot |  |  |
| 4 | Hibiscrub  | 5,000 ml | 1 Bot |  | 780/Bot |  |  |
| 5 | Methanol (แอลกอฮอร์จุดไฟ) | 2.14 liter | 1 Bot |  | 150/Bot |  |  |
| 6 | Sodium Hypochlorite 0.05% | 4,000 ml | 5 Bot |  | 75/Bot |  |  |
| 7 | Sodium Hypochlorite 0.5% | 4,000 ml | 3 Bot |  | 100/Bot |  |  |
| 8 | Sodium Hypochlorite 1% | 450 ml | 2 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 9 | Sodium Hypochlorite 2.5% | 450 ml | 3 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 10 | Sodium Hypochlorite 5.25% | 200 ml | 2 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 11 | Special pumice | 100 gm | 3 Bot |  | 55/Bot |  |  |
| 12 | Tincture iodine 1.5% | 30 ml | 2 Bot |  | 35/Bot |  |  |
| 13 | Hydrogen peroxide 1% MW | 60 ml | 7 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 14 | Povidone-Iodine 1% MW | 200 ml | 20 Bot |  | 140/Bot |  |  |
| 15 | Calcium hydroxide | 10 gm | 2 Bot |  | 25/Bot |  |  |
| 16 | RCT powder  | 10 gm | 2 Bot |  | 55/Bot |  |  |
| 17 | Alcohol gel | 470 ml | 5 Bot |  | 110/Bot |  |  |
| 18 | Vassaline | 50 gm | 2 Bot |  | 20/Bot |  |  |
| 19 | Hydrogen peroxide 6% | 450 ml | 5 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 20 | Erythrosine Solution 6% | 30 ml | 1 Bot |  | 30/Bot |  |  |
| 21 | Talbot’s solution  | 30 ml | 1 Bot |  | 115/Bot |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** | **บาท** |
| 1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าวัสดุที่เบิกไปนี้จะนำไปใช้ในราชการเท่านั้นลงชื่อ.................................ผู้เบิก ลงชื่อ..........................หัวหน้าหน่วยงาน ( ) ( ) |  2. อนุมัติให้จ่ายได้ ลงชื่อ.............................หัวหน้าหน่วยงาน (นางพนิตา พร้อมมูล) |
| 3. ข้าพเจ้าได้จ่ายวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว ลงชื่อ..................................................ผู้จ่ายของ ( ) ......./......../....... | 4. ข้าพเจ้าได้ตรวจรับวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว ลงชื่อ.................................................ผู้รับของ (.............................................) ........./........../........  |