**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ คลังยาผลิต**

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

ข้าพเจ้า........................................................................... ประจำอยู่ที่ภาควิชา/หน่วยงาน คลินิกบัณฑิต 1 อาคาร 3

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 | Alcohol gel  | 470 ml | 10 Bot |  | 110/Bot |  |  |
| 3 | Chlorhexidine 0.12% MW | 240 ml | 2 Bot |  | 32/Bot |  |  |
| 4 | Chlorhexidine 2% MW | 240 ml | 2 Bot |  | 45/Bot |  |  |
| 5 | Povidone iodine 1% MW | 200 ml | 4 Bot |  | 140/Bot |  |  |
| 6 | Povidone Iodine solution 10% | 30 ml | 1 Bot |  | 20/Bot |  |  |
| 7 | Povidone Iodine solution 10% | 500 ml | 1 Bot |  | 112/Bot |  |  |
| 8 | Ammonia spirit | 30 ml | 1 Bot |  | 20/Bot |  |  |
| 9 | Erythrosine solution 6% | 30 ml | 1 Bot |  | 30/Bot |  |  |
| 10 | Sodium perborate  | 10 gm | 1 Bot |  | 46/Bot |  |  |
| 11 | Calcium hydroxide | 10 gm | 2 Bot |  | 25/Bot |  |  |
| 12 | Clove oil  | 30 ml | 4 Bot |  | 70/Bot |  |  |
| 13 | Special pumice  | 100gm | 2 Bot |  | 55/Bot |  |  |
| 14 | EDTA solution |  30 ml | 6 Bot |  | 30/Bot |  |  |
| 15 | Sodium hypochlorite 2.5% | 450 ml | 3 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 16 | Sodium hypochlorite 5.25% | 200 ml | 3 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 17 | Sodium hypochlorite 1% | 450 ml | 1 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 18 | Tincture Iodine 1.5% | 30 ml | 3 Bot |  | 35/Bot |  |  |

**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ คลังยาผลิต**

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

ข้าพเจ้า........................................................................... ประจำอยู่ที่ภาควิชา/หน่วยงาน คลินิกบัณฑิต 1 อาคาร 3

 ขอเบิกยาและเวชภัณฑ์จากหน่วยเภสัชกรรม โรงพยาบาลทันตกรรม ตามรายการข้างล่างนี้เพื่อ Stock ไว้ปฏิบัติงานประจำคลินิก

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการที่ขอเบิก** | **ขนาดบรรจุ** | **จำนวน Stock** | **จำนวนที่เบิก** | **ราคา/หน่วย** | **ราคารวม** | **หมายเหตุ** |
| 19 | Hydrogen peroxide 1% MW | 60 ml | 1 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 20 | RCT Powder | 10 gm | 3 Bot |  | 55/Bot |  |  |
| 21 | น้ำกลั่น ขวดเล็ก | 240 ml | 1 Bot |  | 10/Bot |  |  |
| 22 | น้ำกลั่น ขวดใหญ่ | 4,000 ml | 1 Bot |  | 48/Bot |  |  |
| 23 | Xylene solution  | 30 ml | 2 Bot |  | 35/Bot |  |  |
| 24 | Acetone  | 30 ml | 1 Bot |  | 25/Bot |  |  |
| 25 | Hibiscrub | 5,000 ml | 1 Bot |  | 780/Bot |  |  |
| 26 | Savlon 1:30 in water with NaNO2 | 1,000 ml | 1 Bot |  | 24/Bot |  |  |
| 27 | Vassaline | 50 gm | 3 Bot |  | 20/Bot |  |  |
| 28 | Methanol (แอลกอฮอล์จุดไฟ) | 2.14 liter | 1 Bot |  | 150/Bot |  |  |
| รวมทั้งสิ้น |  บาท |
| 1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าวัสดุที่เบิกไปนี้จะนำไปใช้ในราชการเท่านั้น

ลงชื่อ..............................ผู้เบิก ลงชื่อ..............................หัวหน้าหน่วยงาน  (..................................) ( ) | 2. อนุมัติให้จ่ายได้ลงชื่อ..................................หัวหน้าหน่วยงาน ( นางพนิตา พร้อมมูล ) |
|  3. ข้าพเจ้าได้จ่ายวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้วลงชื่อ...........................................ผู้จ่ายของ(................................................).............../.................../................... | 4. ข้าพเจ้าได้ตรวจรับวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้วลงชื่อ......................................ผู้รับของ(................................................).................../......................./................... |