**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ คลังยาใหญ่**

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 | Normal saline irrigation | 1000 ml | 2 Bot |  | | 36/Bot |  |  |
| 2 | Normal saline irrigation | 250 ml | 4 Bot |  | | 24/Bot |  |  |
| 3 | Adrenalin injection | 1mg/ml | 2 Amp |  | | 4.25/Amp |  |  |
| 4 | Articaine 4%+Epinephrine 1:100000 | 1.7 ml | 50 Amp |  | | 15/Amp |  |  |
| 5 | Mepivacaine HCL 3% | 1.8 ml | 10 Amp |  | | 15/Amp |  |  |
| 6 | Mepivacaine 2%+Epinephrine 1:100000 | 1.8 ml | 50 Amp |  | | 15/Amp |  |  |
| รวมทั้งสิ้น | | | | | | บาท | | |
| 1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าวัสดุที่เบิกไปนี้จะนำไปใช้ในราชการเท่านั้น   ลงชื่อ..............................ผู้เบิก ลงชื่อ..............................หัวหน้าหน่วยงาน  (..................................) ( ) | | | | | 2. อนุมัติให้จ่ายได้  ลงชื่อ..................................หัวหน้าหน่วยงาน  ( นางพนิตา พร้อมมูล ) | | | |
| 3. ข้าพเจ้าได้จ่ายวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว  ลงชื่อ...........................................ผู้จ่ายของ  (................................................)  .............../.................../................... | | | | | 4. ข้าพเจ้าได้ตรวจรับวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว  ลงชื่อ......................................ผู้รับของ  (................................................)  .................../......................./................... | | | |