**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ คลังยาใหญ่**

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

ข้าพเจ้า........................................................................... ประจำอยู่ที่ภาควิชา/หน่วยงาน คลินิกรวม 1

ขอเบิกยาและเวชภัณฑ์จากงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลทันตกรรม ตามรายการข้างล่างนี้เพื่อ Stock ไว้ปฏิบัติงานประจำคลินิก

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการที่ขอเบิก** | **ขนาดบรรจุ** | **จำนวน Stock** | **จำนวนที่เบิก** | | **ราคา/หน่วย** | **ราคารวม** | **หมายเหตุ** |
| 1 | Articaine 4% + Epinephrine  1:100,000 | 50 Amp/box | 2 Box |  | | 15/Amp |  |  |
| 2 | Mepivacaine 2% + Epinephrine 1:100,000 | 50 Amp/box | 4 Box |  | | 15/Amp |  |  |
| 3 | Normal Saline injection 0.90% | 500 ml/bot | 40 Bot |  | | 35/Bot |  |  |
| 4 | Normal Saline irrigation 0.90% | 1,000 ml/bot | 20 Bot |  | | 36/Bot |  |  |
| 5 | Chloramphenicol eye oint | 5 g/tube | 1 Tube |  | | 14/Tube |  |  |
| 6 | Lidocaine spray 10% | 50 ml/bot | 1 Bot |  | | 589/Bot |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** | | | | | | **บาท** | | |
| 1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าวัสดุที่เบิกไปนี้จะนำไปใช้ในราชการเท่านั้น   ลงชื่อ..............................ผู้เบิก ลงชื่อ..............................หัวหน้าหน่วยงาน  (..................................) (..................................) | | | | | 2. อนุมัติให้จ่ายได้  ลงชื่อ..................................หัวหน้าหน่วยงาน  ( นางพนิตา พร้อมมูล ) | | | |
| 3.ข้าพเจ้าได้จ่ายวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว  ลงชื่อ...........................................ผู้จ่ายของ  (................................................)  .............../.................../................... | | | | 4.ข้าพเจ้าได้ตรวจรับวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว  ลงชื่อ......................................ผู้รับของ  (................................................)  .................../......................./................... | | | | |