**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ คลังยาผลิต**

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

 ข้าพเจ้า........................................................................... ประจำอยู่ที่ภาควิชา/หน่วยงาน คลินิกรวม 2

 ขอเบิกยาและเวชภัณฑ์จากหน่วยเภสัชกรรม โรงพยาบาลทันตกรรม ตามรายการข้างล่างนี้เพื่อ Stock ไว้ปฏิบัติงานประจำคลินิก

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการที่ขอเบิก** | **ขนาดบรรจุ** | **จำนวน Stock** | **จำนวนที่เบิก** | **ราคา/หน่วย** | **ราคารวม** | **หมายเหตุ** |
| 1 | Povidone Iodine 1% MW  | 200 ml | 40 Bot |  | 140/Bot |  |  |
| 2 | Chlorhexidine 0.12% MW | 240 ml | 20 Bot |  | 32/Bot |  |  |
| 3 | Hydrogen peroxide 1% MW  | 60 ml | 10 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 4 | Erythrosine solution 6%  | 30 ml | 2 Bot |  | 30/Bot |  |  |
| 5 | Alcohol 70% | 450 ml | 25 Bot |  | 35/Bot |  |  |
| 6 | Alcohol gel | 470 ml | 20 Bot |  | 110/Bot |  |  |
| 7 | Savlon in water 1:30 | 1,000 ml | 5 Bot |  | 24/Bot |  |  |
| 8 | EDTA Solution | 30 ml | 6 Bot |  | 30/Bot |  |  |
| 9 | Tincture Iodine 1.5%  | 30 ml | 2 Bot |  | 35/Bot |  |  |
| 10 | Talbot’s solution | 30 ml | 2 Bot |  | 115/Bot |  |  |
| 11 | Clove oil | 30 ml | 2 Bot |  | 70/Bot |  |  |
| 12 | Vassaline | 50 gm | 10 Bot |  | 20/Bot |  |  |
| 13 | Acetone | 30 ml | 5 Bot |  | 25/Bot |  |  |
| 14 | Disclosing paste | 20 gm | 5 Bot |  | 20/Bot |  |  |
| 15 | Methanol (แอลกอฮอร์จุดไฟ) | 2.14 liter | 2 Bot |  | 150/Bot |  |  |
| 16 | Hibiscrub | 5,000 ml | 2 gallon |  | 780/gallon |  |  |
| 17 | Sodium Hypochlorite 0.5% | 4,000 ml | 1 gallon |  | 100/gallon |  |  |
| 18 | Sodium Hypochlorite 1 % | 450 ml | 1 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 19 | Sodium Hypochlorite 5.25% | 200 ml | 3 Bot |  | 40/Bot |  |  |
| 20 | Special Pumice | 100 gm | 10 Bot |  | 55/Bot |  |  |
|  **รวมทั้งสิ้น**  | **บาท** |
| 1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าวัสดุที่เบิกไปนี้จะนำไปใช้ในราชการเท่านั้นลงชื่อ.................................ผู้เบิก ลงชื่อ..........................หัวหน้าหน่วยงาน ( ...................................... ) ( ...................................... )  |  2. อนุมัติให้จ่ายได้ ลงชื่อ.............................หัวหน้าหน่วยงาน (นางพนิตา พร้อมมูล) |
| 3. ข้าพเจ้าได้จ่ายวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว ลงชื่อ..................................................ผู้จ่ายของ (.............................................) ......./......../....... | 4. ข้าพเจ้าได้ตรวจรับวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว ลงชื่อ.................................................ผู้รับของ (.............................................) ......./......./....... |