**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ คลังยาใหญ่**

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

 ข้าพเจ้า........................................................................... ประจำอยู่ที่ภาควิชา/หน่วยงาน คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก

 ขอเบิกยาและเวชภัณฑ์จากหน่วยเภสัชกรรม โรงพยาบาลทันตกรรม ตามรายการข้างล่างนี้เพื่อ Stock ไว้ปฏิบัติงานประจำคลินิก

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการที่ขอเบิก** | **ขนาดบรรจุ** | **จำนวน Stock** | **จำนวนที่เบิก** | **ราคา/หน่วย** | **ราคารวม** | **หมายเหตุ** |
| 1 | Sterile water for injection | 500 ml | 2 Bot |  | 35/Bot |  |  |
| 2 | Ciprofloxacin  | 500 mg | 20 tab |  | 3/tab |  |  |
| 3 | Clindamycin | 300 mg | 20 tab |  | 3.5/tab |  |  |
| 4  | Metronidazole | 200 mg | 20 tab |  | 1/tab |  |  |
| 5 | Normal saline irrigation | 250 ml | 12 Bot |  | 24/Bot |  |  |
| 6 | Mepivacaine 2% + Epinephrine 1:100,000 | 1.8 ml | 6 Box |  | 15/Amp |  |  |
| 7 | Benzocain gel 20% | 50 gm | 20 Bot |  | 471/Bot |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** | **บาท** |
| 1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าวัสดุที่เบิกไปนี้จะนำไปใช้ในราชการเท่านั้นลงชื่อ.................................ผู้เบิก ลงชื่อ..........................หัวหน้าหน่วยงาน (.............................................) (.............................................) |  2. อนุมัติให้จ่ายได้ลงชื่อ.............................หัวหน้าหน่วยงาน (นางพนิตา พร้อมมูล) |
| 3. ข้าพเจ้าได้จ่ายวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้ว ลงชื่อ..................................................ผู้จ่ายของ (.............................................)  ......./......../....... | 4. ข้าพเจ้าได้ตรวจรับวัสดุครบถ้วนตามรายการข้างต้นแล้วลงชื่อ.................................................ผู้รับของ (.............................................)  ........./........../........  |