คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ใบตรวจรับพัสดุ

เลขที่...................................

ได้รับมอบพัสดุจาก ชื่อบริษัท/ร้านค้า/ผู้ขาย เมื่อวันที่ .

ตามบันทึกที่ได้รับอนุมัติ เลขที่ ลงวันที่ .

ตามหนังสือส่งมอบงานใบส่งพัสดุเลขที่....................................(ถ้ามี)ลงวันที่...............................ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | รายการ | จำนวน | หน่วยนับ | เป็นเงิน |
| 1 | ค่า......................................... |  |  | บาท |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (จำนวนรวมทั้งหมด ................. บาท) (…………………………………………….) | | | | |
| ผู้ตรวจรับพัสดุ/คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ | | | | |

ลงชื่อ............................................ผู้ตรวจรับพัสดุ

(..............................................)