



แบบฟอร์ม: การเบิก - จ่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์และวัสดุสิ้นเปลืองที่ปราศจากเชื้อ  
งานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

F-WI-234/04

Rev.00

ชื่อหน่วยงาน \_\_\_\_\_ รหัสหน่วยงาน \_\_\_\_\_ เบอร์โทร \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน		ค้างจ่าย	หมายเหตุ
		เบิก	จ่าย		
1	จุก Chest Drain 2 ตาคู่ MED				
2	จุก Chest Drain 2 ตาเดี่ยว MED				
3	จุก Chest Drain 3 ตาเดี่ยว MED				
4	จุก Chest Drain 2 ตาคู่ XSU				
5	จุก Chest Drain 2 ตาเดี่ยว XSU				
6	จุก Chest Drain 3 ตาเดี่ยว XSU				
7	จุก Chest Drain 2 ตาคู่ XSU เด็ก				
8	จุก Chest Drain 2 ตาเดี่ยว XSU เด็ก				
9	จุก Chest Drain 3 ตาเดี่ยว XSU เด็ก				
10	จุก Chest Drain 2 ตาเดี่ยว ER				
11	ช่องน้ำตาล 6"x20cm				
12	ช่องน้ำตาล 9"x20cm				
13	ขวด Chast Drain 1000 CC				
14	ขวด 500 CC				
15	Probe ขนาด 6" x 80 cm.				
16	Probe ขนาด 6" x 160 cm.				
17	Probe ขนาด 6" x 180 cm.				
18	Probe ขนาด 6" x 250 cm.				
19	Stick - Spong				
20	Specimen Botton				
21	Tampon				
22					
23					
24					
25					

ผู้เบิก..... วันที่.....

ผู้จ่าย..... วันที่.....