



แบบฟอร์ม เบิก/คืน เครื่องมือ  
งานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

F-WI-234/05, Rev. 00

ชื่อหน่วยงาน		รหัสหน่วยงาน		วันที่ .....	
Tel. ....				ผู้เบิก / คืน .....	
				(ตัวบรรจง)	
				รหัสบุคคล .....	
<u>รายการเครื่องมือที่เบิก</u>				<u>รายการเครื่องมือที่ส่งคืน</u> ( โปรดติดสติ๊กเกอร์เครื่องมือที่ใช้แล้วลงตารางด้านล่าง )	
	เครื่องมือ/ ชุดเครื่องมือ ( Instruments / Linen Set )	จำนวนที่ เบิก	จำนวนที่ จ่าย		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7				สำหรับเจ้าหน้าที่ CSSD เบอร์ภายในติดต่อกลับ อาคารหลัก ชั้น 3 T.1226 อาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น 5 T.3580	
8				วันที่รับ .....	ผู้รับ .....
9					(ตัวบรรจง)
10				เวลา .....	รหัสบุคคล .....