



รหัสหน่วยงาน:	ชื่อหน่วยงาน:	โทร.
ผู้เบิกของ	ผู้รับของ	
วันที่ขอ: ..... เวลาที่ขอ: .....	วันที่รับของ: ..... เวลาที่ขอ: .....	
ชื่อผู้ขอ: ..... รหัสบุคคล: .....	ชื่อผู้รับของ: ..... รหัสบุคคล: .....	
ตำแหน่ง: <input type="checkbox"/> พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ธุรการหอผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พนักงานบริการ/พนักงานทั่วไป <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	ตำแหน่ง: <input type="checkbox"/> พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ธุรการหอผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พนักงานบริการ/พนักงานทั่วไป <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	

ลำดับที่	รายการเบิก	จำนวน	หมายเหตุ

วันที่จ่าย..... ชื่อผู้จ่าย..... รหัสบุคคล.....



รหัสหน่วยงาน:	ชื่อหน่วยงาน:	โทร.
ผู้เบิกของ	ผู้รับของ	
วันที่ขอ: ..... เวลาที่ขอ: .....	วันที่รับของ: ..... เวลาที่ขอ: .....	
ชื่อผู้ขอ: ..... รหัสบุคคล: .....	ชื่อผู้รับของ: ..... รหัสบุคคล: .....	
ตำแหน่ง: <input type="checkbox"/> พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ธุรการหอผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พนักงานบริการ/พนักงานทั่วไป <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	ตำแหน่ง: <input type="checkbox"/> พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ธุรการหอผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พนักงานบริการ/พนักงานทั่วไป <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	

ลำดับที่	รายการเบิก	จำนวน	หมายเหตุ

วันที่จ่าย..... ชื่อผู้จ่าย..... รหัสบุคคล.....