



แบบฟอร์ม : ส่งเครื่องมือกลับ (เฉพาะ OR, LR)

F-WI-RAISO-CS-102/06

งานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

Rev. 00

รหัสหน่วยงาน	ชื่อหน่วยงาน	วันที่.....
	Tel.	Scrub Nurse.....
		Cir Nurse.....

สต็อกเกอร์ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย	Operation.....	CSSD เวลารับน.
	Room NO.....	CSSD ผู้รับ

กรุณาติดสติ๊กเกอร์รายการเครื่องมือที่เปิดใช้แล้วในตารางด้านล่างทุกรายการ
