	แบบฟอร์ม : การส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สะอาด เพื่อทำให้ปราศจากเชื้อโดยการอบด้วยแก๊สเอทธิลีนออกไซด์/แก๊สไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ งานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ	F-WI-RAISO-CS-301/02 Rev. 00

ชื่อหน่วยงาน_____ รหัสหน่วยงาน_____โทร._____วันที่_____เดือน_____ พ.ศ._____

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	ลำดับที่	รายการ	จำนวน

งานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

ลงชื่อผู้รับ_____รหัสบุคคล_____ว.ด.ป._____

ลงชื่อผู้จ่าย_____รหัสบุคคล_____ว.ด.ป._____

ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วย และหน่วยงานต่าง ๆ

ลงชื่อผู้ส่ง_____รหัสบุคคล_____ว.ด.ป._____

ลงชื่อผู้รับคืน_____รหัสบุคคล_____ว.ด.ป._____