	แบบฟอร์มการเบิก/ยืม วัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์	F-WI-RAISO-CS-504/06 Rev.00

รหัสหน่วยงาน:	**ชื่อหน่วยงาน:**
ผู้เบิกของ	**ผู้รับของ**
วันที่ขอ: ..... **เวลาที่ขอ:**	**วันที่รับของ:** ..... **เวลาที่ขอ:** .....
ชื่อผู้ขอ: ..... **รหัสบุคคล:**	**ชื่อผู้รับของ:** ..... **รหัสบุคคล** .....
ตำแหน่ง: ☐ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่ธุรการหอผู้ป่วย ☐ พนักงานบริการ/พนักงานทั่วไป ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	**ตำแหน่ง:** ☐ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่ธุรการหอผู้ป่วย ☐ พนักงานบริการ/พนักงานทั่วไป ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลำดับที่	รายการเบิก	จำนวน	หมายเหตุ

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

	แบบฟอร์มการเบิก/ยืม วัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์	F-WI-RAISO-CS-504/06 Rev.00

รหัสหน่วยงาน:	**ชื่อหน่วยงาน:**
ผู้เบิกของ	**ผู้รับของ**
วันที่ขอ: ..... **เวลาที่ขอ:**	**วันที่รับของ:** ..... **เวลาที่ขอ:** .....
ชื่อผู้ขอ: ..... **รหัสบุคคล:**	**ชื่อผู้รับของ:** ..... **รหัสบุคคล** .....
ตำแหน่ง: ☐ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่ธุรการหอผู้ป่วย ☐ พนักงานบริการ/พนักงานทั่วไป ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	**ตำแหน่ง:** ☐ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่ธุรการหอผู้ป่วย ☐ พนักงานบริการ/พนักงานทั่วไป ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลำดับที่	รายการเบิก	จำนวน	หมายเหตุ

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

หน้า 1 ของ 1 หน้า