

ใบเบิกเวชภัณฑ์ตามโครงการสนับสนุนซึ่งกันและกันด้านเวชภัณฑ์

เลขที่

วันที่

หน่วยเบิก โรงพยาบาลปากพะยูน

หน่วยจ่าย

ลำดับ	รายการยา	จำนวนเบิก	จำนวนอนุญาต	มูลค่า	หมายเหตุ
๑					
๒					

ผู้ขอเบิก.....

(นายพิพัฒน์ พิพัฒน์รัตนเสรี)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพะยูน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติตามที่ขอเบิก

ผู้จ่ายของ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

.....

(หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่ายเภสัชกรรม)

ผู้รับของ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต.....

(.....)

ตำแหน่ง.....