



ใบเบิกพัสดุ

ใบเบิกเลขที่ งาน

กอง / เขต โรงพยาบาลศิรินคร สำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ถึง พัสตุฝ่ายโภชนาการ

ข้าพเจ้าขอเบิกพัสดุตามรายการข้างท้ายนี้ เพื่อใช้ใน

และต้องการใช้พัสดุตามใบเบิกนี้ ภายในวันที่

และมอบให้ ตำแหน่ง

เป็นผู้รับพัสดุแทนข้าพเจ้า

รหัสสินค้า	รายการ	จำนวน		หมายเหตุ
		เบิก	จ่าย	

(ลงชื่อ).....ผู้เบิก
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายพัสดุ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้สั่งจ่าย
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับพัสดุ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

