



แบบฟอร์มเบิกชุดยาและเวชภัณฑ์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอเบิกชุดยาและเวชภัณฑ์ เพื่อใช้ในงาน/กิจกรรม.....

.....จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม.....คน

ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ยืมกระเป๋าพร้อมยาและเวชภัณฑ์ จำนวน.....ชุด

โดยขอรับในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

และส่งคืนในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เบิกชุดยาและเวชภัณฑ์ เพื่อใช้ในหน่วยงาน หรือกิจกรรม จำนวน.....ชุด

โดยขอรับในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้บริการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

<p>เรียน ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา</p> <p><input type="checkbox"/> สามารถให้ยืม/เบิก</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถให้ยืม/เบิก เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(นางน้ำอิง มาลัย)</p> <p>หัวหน้าฝ่ายสุขภาพและอนามัย</p>	<p>ผลการพิจารณา</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐ แก้วสกุล)</p> <p>รักษาการแทนผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา</p>	<p>การส่งคืนกระเป๋าและเวชภัณฑ์</p> <p>วันที่ส่งคืน</p> <p>...../...../.....</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: center;">ผู้ส่งคืน</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: center;">ผู้รับคืน</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

สำหรับเจ้าหน้าที่

กระเป๋ายาใบที่.....

ส่งคืนวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้คืน

ลงชื่อ.....ผู้รับ

รายการยาที่จัดให้

ลำดับ	รายการยา	จำนวน	ลำดับ	รายการยา	จำนวน
1	Para	เม็ด	15	Alcohol 70% 60 cc.	ขวด
2	CPM	เม็ด	16	Transport ^{1/2} "	ม้วน
3	Air-X	เม็ด	17	Tensoplast	ชิ้น
4	Almagel 240 cc	ขวด	18	Gauze 2"x 2"	ชิ้น
5	Ponstan	เม็ด	19	Gauze 3"x 3"	ชิ้น
6	Antacil	เม็ด	20	Balm 12 g.	ขวด
7	ORS	เม็ด	21	ยาหอม	ขวด
8	Carminative 120 cc.	ขวด	22	Cotton Ball	ซอง
9	Boric Acid 120 cc.	ขวด	23	ชุดทำแผลเล็ก	ซอง
10	Ammonia 60 cc.	ขวด	24	ยาธาตุน้ำขาว	ขวด
11	G.P.O. 30 g.	หลอด	25		
12	Betadine 15 cc.	ขวด	26		
13	Cala lotion 60 cc.	ขวด	27		
14	N.S.S. 0.9% 60 cc.	ขวด	28		

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง

(.....)

...../...../.....