

ใบเบิกวัสดุวิทยาศาสตร์หน่วยชั้นสูตรโรค

หน่วยเบิก.....วันที่.....เลขที่.....

อันดับที่	รายการ	เบิกครั้งสุดท้าย			ขอเบิกใหม่		หมายเหตุ
		ว.ด.ป.	จำนวน	คงเหลือ	จำนวน ขอเบิก	จำนวน อนุญาต	

สรุปจำนวนรายการเบิก.....รายการ มูลค่า.....บาท

ผู้เบิก..... ผู้จ่าย.....
 (.....) (.....)

ผู้รับ..... ผู้ส่งจ่าย.....
 (.....) (.....)