

**ใบเบิกวัสดุครุภัณฑ์ทางการพยาบาล (สิ้นเปลือง)**

เลขที่ใบเบิก...............  
วันที่.......เดือน............พ.ศ..........

ด้วยฝ่าย..............................................มีความประสงค์.........................................................................  
ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการที่ขอเบิก | จำนวน | หน่วยนับ | จำนวนที่ขอเบิก | | หมายเหตุ |
| เบิก | จ่าย |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(ลงชื่อ)...........................................ผู้ขอยืม (ลงชื่อ)......................................รองคณบดีฝ่ายสิ่งสนับสนุนฯ  
 ( ) ( )  
วันที่.............../................../................... วันที่.............../................../...................

ผู้ให้จ่ายของ ได้จ่ายของตามใบเบิกแล้ว ได้รับของตามใบเบิกแล้ว

(ลงชื่อ)................................. (ลงชื่อ)...........................ผู้จ่าย (ลงชื่อ).............................ผู้รับ  
 ( ) ( ) ( )   
วันที่........./................/............ วันที่........./................/............ วันที่........./................/............