**ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์**

 เลขที่ ..................

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

 สำหรับ รพ.สต................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **จำนวนขอเบิก** | **Max** | **Min** | **จำนวนที่ได้รับ** | **ราคาต่อหน่วย** | **มูลค่ารวม** | **ปริมาณคงคลัง** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลายมือชื่อผู้ขอเบิก…………………..……………………. .ลายมือชื่อผู้รับ....................................................

ตำแหน่ง .............................วันเดือนปี……………. ตำแหน่ง .............................วันเดือนปี…………….

ลายมือชื่อผู้อนุมัติ…………………..……………………. ลายมือชื่อผู้จ่าย…………………..…………………….

 ตำแหน่ง .............................วันเดือนปี……………. ตำแหน่ง .............................วันเดือนปี…………….