

แผนที่.....

ใบเบิกพัสดุ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

เลขที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ฝ่าย.....  
จากร้าน.....ตามใบส่งของ/ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....  
ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	ขอเบิก จำนวน	หน่วย นับ	ราคา หน่วยละ	ราคา รวม	ชื่อผู้รับ	หมายเหตุ

ผู้มีรับสิทธิเบิกพัสดุ.....

ตำแหน่ง หัวหน้างาน.....

ให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับพัสดุแทนได้

.....

ได้รับพัสดุเรียบร้อยแล้ว

ผู้รับพัสดุ.....

ผู้ตรวจสอบ.....

ผู้อนุมัติจ่าย.....

ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหาร(หัวหน้าหน่วยพัสดุ)

ผู้จ่าย.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

