

ใบเบิกพัสดุ / ครุภัณฑ์
โรงพยาบาลโพธิ์ตาก
คลังวัสดุสำนักงาน

เลขที่ใบเบิก _____

วันที่ใบเบิก _____

หน่วยงาน _____ ขอเบิกพัสดุตามรายการข้างล่างนี้

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	จำนวน		ราคาต่อหน่วย	ราคารวม	หมายเหตุ
			เบิก	จ่าย			

ลงชื่อ _____ ผู้เบิก
(_____)
ตำแหน่ง _____

ลงชื่อ _____ ผู้จ่าย
(_____)
วันที่ _____

ลงชื่อ _____ ผู้อนุมัติ
(_____)
วันที่ _____

ลงชื่อ _____ ผู้รับพัสดุ
(_____)
วันที่ _____