

ใบเบิกวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์(วัสดุสิ้นเปลือง)  
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

วันที่.....

เลขที่ใบเบิก..... / .....

ชื่อ-สกุล.....

ขอเบิกวัสดุ วัตถุประสงค์เพื่อ.....

| ที่ | ชื่อวัสดุ | จำนวน | หน่วย<br>นับ | ที่ | ชื่อวัสดุ | จำนวน | หน่วย<br>นับ |
|-----|-----------|-------|--------------|-----|-----------|-------|--------------|
| 1   |           |       |              | 29  |           |       |              |
| 2   |           |       |              | 30  |           |       |              |
| 3   |           |       |              | 31  |           |       |              |
| 4   |           |       |              | 32  |           |       |              |
| 5   |           |       |              | 33  |           |       |              |
| 6   |           |       |              | 34  |           |       |              |
| 7   |           |       |              | 35  |           |       |              |
| 8   |           |       |              | 36  |           |       |              |
| 9   |           |       |              | 37  |           |       |              |
| 10  |           |       |              | 38  |           |       |              |
| 11  |           |       |              | 39  |           |       |              |
| 12  |           |       |              | 40  |           |       |              |
| 13  |           |       |              | 41  |           |       |              |
| 14  |           |       |              | 42  |           |       |              |
| 15  |           |       |              | 44  |           |       |              |
| 16  |           |       |              | 45  |           |       |              |
| 17  |           |       |              | 46  |           |       |              |
| 18  |           |       |              | 47  |           |       |              |
| 19  |           |       |              | 48  |           |       |              |
| 20  |           |       |              | 49  |           |       |              |
| 21  |           |       |              | 50  |           |       |              |
| 22  |           |       |              | 51  |           |       |              |
| 23  |           |       |              | 52  |           |       |              |
| 24  |           |       |              | 53  |           |       |              |
| 25  |           |       |              | 54  |           |       |              |
| 26  |           |       |              | 55  |           |       |              |
| 27  |           |       |              | 56  |           |       |              |
| 28  |           |       |              | 57  |           |       |              |

ลงชื่อ.....ผู้เบิก/ผู้รับของ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายของ  
(นางทศวรรณ์ แหยมดอนไพร)

ลงชื่อ.....ผู้อนุญาต  
(.....)