

**ใบเบิกวัสดุ**

**ใบเบิกที่** ................/................. **วันที่** ………. เดือน ……………………….พ.ศ. .....................

**เรื่อง** ขออนุมัติเบิกวัสดุของใช้สำนักงาน

**เรียน** ผู้อำนวยการกองการแพทย์

ตามที่ ......................................................................ตำแหน่ง ..................................................มีความประสงค์ขอเบิกวัสดุของใช้งานเทคโนโลยีสานสนเทศ  
เพื่อใช้ราชการ ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | รายการ | จำนวน | | หน่วย | หมายเหตุ |
| เบิก | อนุมัติ |
| 1 | ชุดตรวจ ATK | 45 | 45 | ชุด | เบิกจากเก่าจาน |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| (ลงชื่อ)................................................. ผู้ขอเบิก  (ลงชื่อ)................................................. ผู้จ่าย |