|  |
| --- |
| **แบบใบเบิกวัสดุ สสจ.พิจิตร** |
|  |  |  |  |  |  | **เลขที่................................** |  |
|  |  |  |  | **วันที่.........................................................** |  |  |
|  | **ด้วยข้าพเจ้า...........................................................................ตำแหน่ง.........................................................................** |  |
| **กลุ่มงาน.......................................ขอเบิกวัสดุ จากคลังพัสดุกลาง เพื่อใช้ในราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร** |
| **เพื่อใช้ในการปฏิบัติราชการของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตามรายการดังต่อไปนี้** |  |  |  |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **หน่วยนับ** | **จำนวนที่เบิก** | **จำนวนที่เบิก** | **ราคาต่อ** | **เป็นเงิน** | ยอดคงเหลือ |  |
| **ครั้งก่อน** | **ครั้งนี้** | **หน่วย** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **รวมทั้งสิ้น..............................ายการ** |  |  |  **มูลค่าเบิกครั้งนี้...........................บาท** |  |
|  |  |  |  **มูลค่ารวมเบิกไปตั้งแต่ต้นปี.....................................................บาท** |  |
|  | **ลงชื่อ.....................................................................................ผู้เบิก** |  **ลงชื่อ................................................................................ผู้จ่าย** |  |
|  | **(...........................................................)** |  **(...........................................................)** |  |
|  | **ตำหน่ง หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน..........................................** |  **ตำแหน่ง.......................................................................................** |  |
|  | **ลงชื่อ................................................................................ผู้รับรอง** |  |  |  |  |  |
|  | **(...........................................................)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  **อนุมัติ** |  |  |  |
|  |  |  |  |  **ลงชื่อ.................................................................................ผู้อนุมัติ** |  |
|  |  |  |  |  **(...........................................................)** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **หมายเหตุ วัสดุถาวร เช่น เครื่องเย็บกระดาษ กรรไกร เครื่องคิดเลข ควรมีซากมาขอเบิกทดแทนของเดิมที่ชำรุด** |  |
|  |  **สำหรับ หมึกเดิมเครื่องปริ้น ชนิดต่างๆ ให้นำซากมาแลกทุกครั้ง** |  |  |  |  |