|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | |  | |  | |  | |  |