

ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์

ชื่อคลินิก / สถานประกอบการ _____

หน่วยงาน

ผู้ขอเบิก

ผู้อนุมัติ

เลขที่ใบเบิก

วันที่ขอเบิก

วันที่จ่าย

ลำดับ	รายการยา / เวชภัณฑ์	หน่วยนับ	จำนวนที่ขอเบิก	จำนวนที่จ่ายจริง	ส่วนต่าง	Lot number	วันหมดอายุ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

ลงชื่อ

(ผู้ขอเบิก)

ลงชื่อ

(ผู้อนุมัติ)

ลงชื่อ

(ผู้จ่ายยา)

เก็บสำเนาไว้ที่คลัง 1 ใบ และบันทึกลงซีดี "ทะเบียนคุมการเบิกจ่าย" ทุกครั้ง



ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์

ชื่อคลินิก / สถานประกอบการ _____

หน่วยงาน
ผู้ขอเบิก
ผู้อนุมัติ

เลขที่ใบเบิก
วันที่ขอเบิก
วันที่จ่าย

ลำดับ	รายการยา / เวชภัณฑ์	หน่วยนับ	จำนวนที่ขอเบิก	จำนวนที่จ่ายจริง	ส่วนต่าง	Lot number	วันหมดอายุ
-------	---------------------	----------	----------------	------------------	----------	------------	------------

คลินิกชั้นนำเติบโตและบริหารงานด้วย Jib OS

ทะเบียนคณะกรรมการเบิกจ่ายยา

บันทึก 1 แวดต่อรายการยา 1 รายการที่จ่ายออก · แวดสี่เหลือง = ยังไม่มีผู้รับ ขึ้น

[illegible]