เลขที่.....

ใบเบิกพัสดุ

งาน..... กลุ่ม..... ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

วันที่.....เดือน.....พศ.....

ประสงค์จะขอเบิกสิ่งของต่าง ๆ สำหรับใช้ในราชการดังมีรายการต่อไปนี้ :

อันดับ	รายการ	จำนวนที่ขอเบิก	จำนวนที่พัสดุจ่ายให้	หมายเหตุ

รวมทั้งสิ้น.....รายการ

ได้รับของจากงานพัสดุแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับของ ลงชื่อผู้เบิก.....ผู้เบิก

( ) ( )

(ลงชื่อ).....ผู้จ่าย ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยพัสดุ

( ) ( )

ลงหักในบัญชีวัสดุเมื่อ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....