F/Ad1-4-0-4

แบบฟอร์มเบิกวัสดุ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

เรียน หัวหน้าหน่วยพัสดุ

ข้าพเจ้าขอเบิกวัสดุตามรายการข้างล่างนี้เพื่อใช้ในงาน/โครงการ.....

.....

ลำดับที่	รายการ	เบิกครั้งสุดท้าย		จำนวนคงเหลือ	จำนวน		หมายเหตุ
		จำนวน	ว.ด.ป.		เบิก	จ่าย	

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอเบิกพัสดุ

เห็นควรเบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ) ..... หัวหน้างาน

วันที่ .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้สั่งจ่าย

(ตำแหน่ง) หัวหน้าหน่วยพัสดุ

วันที่ .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้จ่ายพัสดุ

(ตำแหน่ง) .....

วันที่ .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับพัสดุ

(ตำแหน่ง) .....

วันที่ .....

วันที่มีผลบังคับใช้.....