

ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีได้สำรองที่คลังยา (NO STOCK)

หน่วยเบิก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	รายการ	คงเหลือ	อัตราการใช้ /เดือน (เฉลี่ย 3 เดือนย้อนหลัง)	จำนวนเบิก	หมายเหตุ

หมายเหตุ

- แบบฟอร์มนี้ใช้กับการเบิกยาและเวชภัณฑ์ รายการที่ไม่มีสำรองที่คลัง
- กรุณา ระบุ รายการ ขนาดบรรจุ จำนวน และ หน่วยนับให้ชัดเจน
- รายการ no stock หน่วยจะได้รับของเบิกภายใน 1 เดือน นับจากวันที่คลังเวชภัณฑ์ได้รับเอกสารขอเบิก ดังนั้น หน่วยบริการต้องส่งเอกสารการเบิก ล่วงหน้าก่อนของหมดอย่างน้อย 1 เดือน
- หน่วยบริการส่งใบเบิกมาที่คลังเวชภัณฑ์ได้ทุกวัน เวลาราชการ จำนวน 2 ชุด เพื่อทำการลงเลขที่ใบเบิก และรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง พร้อมรอรับสำเนากลับไป 1 ชุด
- คลังเวชภัณฑ์จะตัดเบิกให้เมื่อดำเนินการรับของเข้าคลังเสร็จเรียบร้อยแล้ว พร้อมแจ้งหน่วยบริการมารับ

ลงชื่อผู้เบิก.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

บันทึกเจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์

รับใบแจ้งรายการเบิกวันที่.....

ได้รับเวชภัณฑ์ภายในวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

สรุป

ได้รับเวชภัณฑ์จริงวันที่.....

 ทันเวลา เกินกำหนด เหตุผล (ระบุ).....