

เลขที่ .....

แบบฟอร์มขอรับบริการเวชภัณฑ์ประจำหน่วยงาน/กระเป๋ยา  
งานบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพ กองพัฒนานักศึกษาวิทยาเขตปัตตานี

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน หัวหน้างานบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพ

ข้าพเจ้า.....

นักศึกษา

รหัสนักศึกษา.....วิชาเอก/ภาควิชา.....

คณะ..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

บุคลากร

คณะ/หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะขอรับบริการ  เวชภัณฑ์ประจำหน่วยงาน  กระเป๋ยา จำนวน .....ชุด

รายละเอียดประกอบด้วย

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paracetamol .....     | <input type="checkbox"/> CPM .....            | <input type="checkbox"/> Sodamint..... | <input type="checkbox"/> Alum milk ..... |
| <input type="checkbox"/> น้ำเกลือล้างแผล ..... | <input type="checkbox"/> Betadine .....       | <input type="checkbox"/> สำลี .....    | <input type="checkbox"/> ผ้าก๊อต .....   |
| <input type="checkbox"/> พลาสเตอร์ยา.....      | <input type="checkbox"/> พลาสเตอร์เหนียว..... | <input type="checkbox"/> Ammonia ..... | <input type="checkbox"/> คาลาไมด์ .....  |
| <input type="checkbox"/> น้ำยาล้างตา .....     | <input type="checkbox"/> ผงเกลือแร่.....      | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....   |  |

เอกสารประกอบการขอรับบริการ เลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

จำนวนผู้ใช้บริการ.....คน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะนำ  เวชภัณฑ์ประจำหน่วยงาน  กระเป๋ยา มา  แลกคืน  ส่งคืน

ณ ห้องงานบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพ กองพัฒนานักศึกษาวิทยาเขตปัตตานี ภายในวันที่.....

ลงชื่อ ..... ผู้ขอรับบริการ

(.....)

ผู้มีอำนาจอนุญาต

อนุญาต  ไม่อนุญาต เพราะ..... (ลงชื่อ) .....

ผลการตรวจรับครบสมบูรณ์ (ลงชื่อ) .....

ผลการตรวจเช็ค

ส่งคืน  แลกคืน

มีดังนี้.....

(ลงชื่อ) .....