วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์

Chulabhorn International College of Medicine

ใบเบิกพัสดุ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

เพื่อใช้.....

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเบิก	หน่วยนับ	จำนวนจ่าย	หมายเหตุ

ผู้เบิกพัสดุ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ผู้อนุมัติเบิกพัสดุ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ผู้อนุมัติจ่ายพัสดุ	ผู้จ่ายพัสดุ	ผู้รับพัสดุ
.....	.....	.....
(นางสาวสุภาพร คนคล่อง)	(.....)	(.....)
หัวหน้างานยุทธศาสตร์และงบประมาณ	นักวิชาการพัสดุ	ตำแหน่ง.....
วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....