

วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์
Chulabhorn International College of Medicine

ใบเบิกพัสดุ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....					
จากหน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....					
เพื่อใช้.....					
ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน เบิก	หน่วยนับ	จำนวน จ่าย	หมายเหตุ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
ผู้เบิกพัสดุ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....			ผู้อนุมัติเบิกพัสดุ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....		
ผู้อนุมัติจ่ายพัสดุ..... (นางนภาภรณ์ จันทร์สอง) หัวหน้างานบริหาร วันที่.....		ผู้จ่ายพัสดุ (นางจิรฐา ผดุงสุขสิริ) เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป วันที่.....		ผู้รับพัสดุ (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	