วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์

Chulabhorn International College of Medicine

ใบเบิกพัสดุ

วันที่ เดือน พ.ศ.

จากหน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

เพื่อใช้.....

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเบิก	หน่วยนับ	จำนวนจ่าย	หมายเหตุ

ผู้เบิกพัสดุ.....
( )
ตำแหน่ง .....
วันที่ .....

ผู้อนุมัติเบิกพัสดุ.....
(.....)
หัวหน้างาน.....
วันที่.....

ผู้อนุมัติจ่ายพัสดุ.....
(นางนภาภรณ์ จันทร์สอง)
หัวหน้างานบริหารทั่วไป
วันที่

ผู้จ่ายพัสดุ
.....
(นางสาวจิรฐา ณ นิมิตร)
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
วันที่

ผู้รับพัสดุ
.....
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ .....