แบบฟอร์มการเบิก-จ่ายเวชภัณฑ์ยาและวัสดุทันตกรรม

วัน เดือน ปี	รายการ	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	หมายเหตุ
	ถุงมือ No. M					
	ถุงมือ No. S					
	Mask					
	หมวก					
	พลาสติกกันเปื้อน					
	N.N.S.					