 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

**ที่** อบ ๐๐๓๓.๐๐๑(๑)/………………………………….…**วันที่**……….................................……………………………

**เรื่อง** ขอเบิกวัสดุไว้ใช้ในราชการ

เรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

ด้วย กลุ่มงาน.....................................................ขอเบิกวัสดุไว้ใช้ในราชการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการ | จำนวน | | | หมายเหตุ |
| คงเหลือ | เบิก | จ่าย |  |
| ๑ |  |  |  |  |  |
| ๒ |  |  |  |  |  |
| ๓ |  |  |  |  |  |
| ๔ |  |  |  |  |  |
| ๕ |  |  |  |  |  |
| ๖ |  |  |  |  |  |
| ๗ |  |  |  |  |  |
| ๘ |  |  |  |  |  |
| ๙ |  |  |  |  |  |
| ๑๐ |  |  |  |  |  |
| ๑๑ |  |  |  |  |  |
| ๑๒ |  |  |  |  |  |
| ๑๓ |  |  |  |  |  |
| ๑๔ |  |  |  |  |  |
| ๑๕ |  |  |  |  |  |

จำนวน................. รายการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ).....................................................................ผู้สั่งจ่าย (ลงชื่อ)................................................ผู้เบิก (หัวหน้า)

(นางกิตติยา บัวทอง) (......................................................)

หัวหน้าหน่วยพัสดุ ตำแหน่ง..........................................

(ลงชื่อ).....................................................................ผู้จ่ายพัสดุ (ลงชื่อ).................................................ผู้รับของ

(นายสวัสดิ์ ชำนาญเวช ) (......................................................)

ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ ตำแหน่ง.............................................

วันที่................................. วันที่...................................................