****

**แบบฟอร์มขอเบิก/คืนกระเป๋าพยาบาล ยาและเวชภัณฑ์ สำหรับใช้ประจำสังกัด**

ที่ วันที่

เรียน ผอ.สปอ.

เรื่อง ขอ เบิก คืน กระเป๋าพยาบาล ยาและเวชภัณฑ์ สำหรับใช้ประจำสังกัด

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 1 แจ้งความประสงค์** |
| ขอเบิกกระเป๋าพยาบาล พร้อมทั้งยาและเวชภัณฑ์ เนื่องจาก (ระบุเหตุผล/ความจำเป็น)    ขอเบิกยาและเวชภัณฑ์ เพิ่มเติม ลงในกระเป๋าพยาบาลหมายเลข  ซึ่งได้เบิกล่าสุดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.  ขอคืนกระเป๋าพยาบาล พร้อมทั้งยาและเวชภัณฑ์ กระเป๋าพยาบาลหมายเลข  (ไม่ต้องระบุรายละเอียดผู้รับผิดชอบกระเป๋าพยาบาล) |
| **ส่วนที่ 2 รายละเอียด** |
| ยาและเวชภัณฑ์ภายในกระเป๋าพยาบาลใบนี้สำหรับใช้ประจำสังกัด ซึ่งมีพนักงานจำนวน คน  โดยมอบหมายให้ ตำแหน่ง  แผนก กอง ฝ่าย เบอร์ภายใน เป็นผู้ประสานงาน  ทั้งนี้ ผู้รับผิดชอบ คือ ผู้ประสานงาน  (ระบุชื่อ) ตำแหน่ง  แผนก กอง ฝ่าย เบอร์ภายใน  ลงชื่อ  ผู้รับผิดชอบกระเป๋าพยาบาล  / / |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ลงชื่อ ผู้บังคับบัญชาตั้งแต่ระดับ ผอ.กอง ขึ้นไป

( )

ตำแหน่ง

วันที่ / /

**หมายเหตุ - สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้ที่ อป.สปอ. คุณณัฐชัย โทร 2162 / คุณธนียา โทร 2164 / คุณมินชญา โทร 2165 /**

**คุณพัจนา โทร 2167 / คุณอภิสิทธิ์ โทร 2168**

**- สามารถรับยาและเวชภัณฑ์ได้ที่ห้องพยาบาล อาคาร 1 ชั้น 1 รฟม. หรือสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ โทร 5555**

**คำแนะนำ - ควรนำกระเป๋าพยาบาลมาให้เจ้าหน้าที่พยาบาลตรวจสอบทุก 4 เดือน หรือเมื่อมียาหมดอายุ**

**- ทุกครั้งก่อนใช้ยาทุกชนิด ต้องอ่านคุณสมบัติวิธีใช้ที่ฉลากยา และตรวจดูวันหมดอายุ**

**-2-**

|  |  |
| --- | --- |
| **ผู้บังคับบัญชา ผอ.สปอ.** | **ผู้บังคับบัญชา หน.อป.** |
| เห็นควรให้ดำเนินการ  ไม่เห็นควรให้ดำเนินการ  เนื่องจาก      ลงชื่อ  / / | เห็นควรให้ดำเนินการ  โดยให้ เป็นผู้ประสานงาน  ไม่เห็นควรให้ดำเนินการ  เนื่องจาก    ลงชื่อ  / / |
| **เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบกระเป๋าพยาบาล** | **เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการจัดกระเป๋าพยาบาล** |
| รายการหลังจากการตรวจสอบการใช้ ในกรณีขอเบิกยาและเวชภัณฑ์ เพิ่มเติม หรือขอคืนกระเป๋าพยาบาล(เอกสารแนบ)  ลงชื่อ  ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ  / / | รายการที่ได้ดำเนินการจัดเตรียมให้ (เอกสารแนบ)  ลงชื่อ  ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ  / / |
| **ผู้รับกระเป๋าพยาบาล** |  |
| ได้รับกระเป๋าพยาบาล หมายเลข  เรียบร้อยแล้ว  \* พร้อมรายการที่ได้จัดเตรียมไว้ให้ในกระเป๋าพยาบาล (เอกสารแนบ)  ลงชื่อ  ตำแหน่ง  โทรภายใน  / / |

**\* ภายหลังจากที่เจ้าหน้าที่พยาบาลได้จัดเตรียมกระเป๋าพยาบาลหรือตรวจสอบรายการยาและเวชภัณฑ์เรียบร้อยแล้ว ให้ดำเนินการจัดส่งแบบฟอร์มคืนให้ สปอ. ด้วย**

-3- เอกสารแนบ สำหรับกระเป๋าพยาบาล

**รายการที่ได้ดำเนินการจัดเตรียมให้/หลังจากการตรวจสอบการใช้ (กระเป๋าพยาบาลหมายเลข )**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **หน่วย** | **วันหมดอายุ** | **จำนวนที่ได้จัดเตรียมให้** | **จำนวน ที่เหลือ** | **จำนวน ที่ใช้** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

รับกระเป๋าพยาบาล เมื่อวันที่

และควรนำกระเป๋าพยาบาลมาตรวจสอบ (ทุก 4 เดือน) ครั้งถัดไป ในวันที่

-4- เอกสารแนบ สำหรับเจ้าหน้าที่

**รายการที่ได้ดำเนินการจัดเตรียมให้/หลังจากการตรวจสอบการใช้ (กระเป๋าพยาบาลหมายเลข )**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **หน่วย** | **วันหมดอายุ** | **จำนวนที่ได้จัดเตรียมให้** | **จำนวน ที่เหลือ** | **จำนวน ที่ใช้** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

รับกระเป๋าพยาบาล เมื่อวันที่

และควรนำกระเป๋าพยาบาลมาตรวจสอบ (ทุก 4 เดือน) ครั้งถัดไป ในวันที่