****

**แบบฟอร์มขอเบิกยาและเวชภัณฑ์สำหรับใช้นอกสถานที่**

ที่ วันที่

เรียน ผอ.สปอ.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ยาและเวชภัณฑ์สำหรับใช้นอกสถานที่

เนื่องด้วยสังกัด ได้ดำเนินการจัดอบรม/กิจกรรม

ตั้งแต่วันที่ เดือน ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. โดยมีผู้เข้ากิจกรรม/อบรม จำนวน คน

สิ่งที่ต้องการ ยา เวชภัณฑ์ กระเป๋าพยาบาล

อื่นๆ เป็นพิเศษ (โปรดระบุ)

โดยได้มอบหมายให้ ตำแหน่ง แผนก กอง ฝ่าย เบอร์ภายใน เป็นผู้ประสานงาน

ขอความอนุเคราะห์ สปอ. จัดเตรียมสิ่งที่ต้องการข้างต้นสำหรับใช้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้แก่พนักงานในระหว่างการทำกิจกรรมในวันดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ต่อไปด้วย 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 - ทุกครั้งก่อนใช้ยาทุกชนิด ต้องอ่านคุณสมบัติวิธีใช้ที่ฉลากยา และตรวจดูวันหมดอายุ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ผู้บังคับบัญชา ผอ.สปอ.** | **ผู้บังคับบัญชา หน.อป.** |
| เห็นควรให้ดำเนินการ  ไม่เห็นควรให้ดำเนินการ  เนื่องจาก      ลงชื่อ  / / | เห็นควรให้ดำเนินการ  โดยให้ เป็นผู้ประสานงาน  ไม่เห็นควรให้ดำเนินการ  เนื่องจาก    ลงชื่อ  / / |

|  |  |
| --- | --- |
| **เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการจัดยา** | **ผู้รับยา** |
| รายการที่ได้ดำเนินการจัดเตรียมให้ (เอกสารแนบ)  ลงชื่อ  ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ  / / | ยา เวชภัณฑ์  กระเป๋าพยาบาล จำนวน ใบ  \* พร้อมแนบรายการที่ได้จัดเตรียมไว้ให้ในกระเป๋าพยาบาล (เอกสารแนบ)  ลงชื่อ  ตำแหน่ง  โทรภายใน  / / |
| **ผู้คืนยา** | **เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบยา** |
| ยา เวชภัณฑ์  กระเป๋าพยาบาล จำนวน ใบ  ลงชื่อ  ตำแหน่ง  โทรภายใน  / / | รายการหลังจากการตรวจสอบการใช้ (เอกสารแนบ)  ลงชื่อ  ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ  / / |

**\* ภายหลังจากที่เจ้าหน้าที่พยาบาลได้รับกระเป๋าพยาบาลคืนและตรวจสอบรายการยาและเวชภัณฑ์เรียบร้อยแล้ว ให้ดำเนินการจัดส่ง  
แบบฟอร์มคืนให้ สปอ. ด้วย**

-3- เอกสารแนบ สำหรับกระเป๋าพยาบาล

**รายการที่ได้ดำเนินการจัดเตรียมให้/หลังจากการตรวจสอบการใช้ (กระเป๋าพยาบาลหมายเลข )**

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

รับกระเป๋าพยาบาล เมื่อวันที่

-4- เอกสารแนบ สำหรับเจ้าหน้าที่

**รายการที่ได้ดำเนินการจัดเตรียมให้/หลังจากการตรวจสอบการใช้ (กระเป๋าพยาบาลหมายเลข )**

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

รับกระเป๋าพยาบาล เมื่อวันที่