

แบบฟอร์มขอเบิกกระเป๋าล่วมยาและเวชภัณฑ์ DPU Health Center (ศูนย์สุขภาพ DPU)

วิทยาลัย/คณะ/หน่วยงานมีความประสงค์ขอเบิกกระเป๋าล่วมยาและเวชภัณฑ์ เพื่อใช้ในโครงการ/กิจกรรม/อื่น ๆ (ระบุชื่อโครงการ)
ในวันที่/...../..... สถานที่ จำนวน ชุด
นักศึกษา/บุคลากรเข้าร่วมโครงการ จำนวน คน และจะส่งคืนกระเป๋าล่วมยาและเวชภัณฑ์ในวันถัดไปหลังจากวันที่จัดกิจกรรม

ผู้ขอเบิก (เขียนตัวบรรจง)	อาจารย์/บุคลากร ผู้รับผิดชอบโครงการ.
ลงชื่อ	ลงชื่อ
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง	ตำแหน่ง
เบอร์โทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์มือถือ

การเบิกกระเป๋าล่วมยาและเวชภัณฑ์

1. กรอกแบบฟอร์มที่ General Support & Services อาคาร 10 (อาคารจอดรถ) ชั้น 3 หลังจากนั้นส่งแบบฟอร์ม ณ ห้องพยาบาล ชั้น 1 อาคาร 1 ก่อนวันที่ต้องการรับกระเป๋าล่วมยาล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน
2. ต้องนำส่งคืนกระเป๋าล่วมยาในวันถัดไปทันทีหลังจากวันที่จัดกิจกรรม เพื่อสามารถให้บริการแก่ผู้อื่นได้อย่างเพียงพอ
3. หากทำกระเป๋าล่วมยาสูญหาย ต้องเสียค่าปรับ เป็นจำนวนเงิน 500 บาท
4. ยาและเวชภัณฑ์จัดให้ใช้สำหรับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเท่านั้น ซึ่งพยาบาลประจำห้องพยาบาลจะเป็นผู้พิจารณาจำนวนและปริมาณตามความเหมาะสม

เฉพาะเจ้าหน้าที่

General Suport & Services	ศูนย์สุขภาพ DPU
เรียน เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพ DPU	
ลงชื่อ	ลงชื่อ
(นางสิญญาทศศา วรภัทร์)	(.....)
ผู้จัดการฝ่ายบริหารทั่วไป	
วันที่/...../.....	วันที่/...../.....