

ใบยืม ยา /เวชภัณฑ์ / อุปกรณ์การแพทย์

วันที่..... เวลา.....

หน่วยงานที่ขอยืม..... อาจารย์แพทย์ผู้ใช้งาน..... ชื่อผู้ยืม..... โทรศัพท์.....	หน่วยงานที่ให้ยืม..... ผู้ให้ยืม..... โทรศัพท์.....
ชื่อผู้ป่วย..... HN.....	วันที่คืน..... เวลา..... ชื่อผู้คืน..... ชื่อผู้รับคืน.....
รายการที่ขอยืม 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....	หมายเหตุ ขอดำเนินการตามทวงถามทุก 3 วันนับจากวันให้ยืม <input type="checkbox"/> ใบจริงมอบให้หน่วยงานที่ให้ยืม <input type="checkbox"/> สำเนาหน่วยงานที่ขอยืมเก็บไว้เป็นหลักฐาน

ใบยืม ยา /เวชภัณฑ์ / อุปกรณ์การแพทย์

วันที่..... เวลา.....

หน่วยงานที่ขอยืม..... อาจารย์แพทย์ผู้ใช้งาน..... ชื่อผู้ยืม..... โทรศัพท์.....	หน่วยงานที่ให้ยืม..... ผู้ให้ยืม..... โทรศัพท์.....
ชื่อผู้ป่วย..... HN.....	วันที่คืน..... เวลา..... ชื่อผู้คืน..... ชื่อผู้รับคืน.....
รายการที่ขอยืม 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....	หมายเหตุ ขอดำเนินการตามทวงถามทุก 3 วันนับจากวันให้ยืม <input type="checkbox"/> ใบจริงมอบให้หน่วยงานที่ให้ยืม <input type="checkbox"/> สำเนาหน่วยงานที่ขอยืมเก็บไว้เป็นหลักฐาน