ใบคืน ยาและเวชภัณฑ์

วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. .....

โรงพยาบาล .....มีความประสงค์ ขอคืน ยา/เวชภัณฑ์

จากโรงพยาบาล.....ดังนี้

ลำดับที่	รายการ	Lot.No	หน่วยนับ	จำนวน	ราคา/หน่วย	หมายเหตุ

ผู้อนุมัติให้คืน.....

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

ผู้สั่งจ่าย .....

ตำแหน่ง .....

วันที่.....

ผู้จ่าย .....

ตำแหน่ง .....

วันที่.....

ผู้รับคืน .....

ตำแหน่ง .....

วันที่.....