

แบบฟอร์มขอเบิกกระเป๋าแล้วมยาและเวชภัณฑ์ DPU Health Center
(ศูนย์สุขภาพ DPU)

วิทยาลัย/คณะวิชา/หน่วยงาน มีความประสงค์ขอเบิกกระเป๋า
แล้วมยาและเวชภัณฑ์ เพื่อใช้ในโครงการ/กิจกรรม/อื่นๆ (ระบุชื่อโครงการ).....
ในวันที่ / / สถานที่ จำนวน ชุด
นักศึกษา/บุคลากรเข้าร่วมโครงการ จำนวน คน และจะส่งคืนกระเป๋าแล้วมยาและเวชภัณฑ์ ในวันถัดไป
หลังจากวันที่จัดกิจกรรม

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

การเบิกกระเป๋าแล้วมยาและเวชภัณฑ์

1. กรอกแบบฟอร์มที่สายงานกิจการนักศึกษา อาคาร 10 (อาคารจอตรถ) ชั้น 3 หลังจากนั้นส่งแบบฟอร์ม ณ ห้องพยาบาล ชั้น 1 อาคาร 1 ก่อนวันที่ต้องการรับกระเป๋าแล้วมยาล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน
2. ต้องส่งคืนกระเป๋าแล้วมยาในวันถัดไปทันทีหลังจากวันที่จัดกิจกรรม เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ผู้อื่นได้อย่างเพียงพอ
3. หากทำกระเป๋าแล้วมยาสูญหาย ต้องเสียค่าปรับ เป็นจำนวนเงิน 500 บาท
4. ยาและเวชภัณฑ์จัดให้ใช้สำหรับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเท่านั้น ซึ่งพยาบาลประจำห้องพยาบาล จะเป็นผู้พิจารณาจำนวนและปริมาณตามความเหมาะสม

เฉพาะเจ้าหน้าที่

สายงานกิจการนักศึกษา	ศูนย์สุขภาพ DPU
เรียน เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพ DPU	
ลงชื่อ	ลงชื่อ
(นางชัญญาณภัช วรรณภัทร์)	(.....)
ผู้อำนวยการ.	
วันที่ / /	วันที่ / /