เลขที่ใบเบิกครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์...../.....

วัน/เดือน/ปี ที่เบิก.....

ใบเบิกครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์

คณะทันตแพทยศาสตร์

เรียน รองคณบดีฝ่ายคลินิก

ข้าพเจ้า.....มีความประสงค์

จะขอเบิกครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์เพื่อใช้ใน.....ตามรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์	จำนวน	หมายเลขเครื่อง	หมายเลขครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์	สถานที่ใช้

1. ผู้เบิก.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. หัวหน้า.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ความเห็น.....เสนอเพื่อพิจารณาอนุมัติ.....

.....

(ผศ.ทพญ.ดร.ฤดี สกุลรัชตะ)

ผู้ช่วยคณบดี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. ผู้อนุมัติ.....

(ผศ.ทพญ.ดร.จิตติมา พุ่มกลิ่น)

รองคณบดีฝ่ายคลินิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. ผู้รับ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ผู้จ่าย.....

(น.ส.พัชรินทร์ เชื้อสะอาด)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....