**ใบเบิกสื่อสิ่งพิมพ์**

เลขที่............./............

วันที่............ เดือน............................ พ.ศ. ..................

ข้าพเจ้า...........................................................................................กลุ่มงาน/โครงการ.......................................................

เพื่อ…………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………..……………………......................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………

มีความประสงค์ขอเบิก/คืนสื่อฯ ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **จำนวนที่ขอเบิก** | **อนุญาตให้เบิก** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(ลงชื่อ)..................................................ผู้เบิก

 (.................................................)

(ลงชื่อ)..................................................ผู้รับสื่อสิ่งพิมพ์

 (.................................................)

(ลงชื่อ)..................................................เจ้าหน้าที่คุมสื่อ

 (นางสาวสุดธิดา บัวแก้ว)

 นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ

 ผู้อนุมัติจ่าย/รับคืน

 .............................................

(นางสาวอัธยา ญาณหาร)

 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

................/ ................/ ................

อนุญาตให้เบิกได้

จ่ายสื่อแล้ว

(ลงชื่อ)..................................................ผู้จ่ายสื่อ

 ( นางสาวมยุรา สมัด)

 นักวิชาการสาธารณสุข