



ใบ เบิก เครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์ภายในศูนย์เครื่องมือแพทย์ หน่วยงาน.....

- ลำดับ Infusion Pump Syringe Pump รุ่น ให้เลือดไม่ได้ ให้เลือดได้ เบอร์
- ลำดับ Infusion Pump Syringe Pump รุ่น ให้เลือดไม่ได้ ให้เลือดได้ เบอร์
- ลำดับ Infusion Pump Syringe Pump รุ่น ให้เลือดไม่ได้ ให้เลือดได้ เบอร์
- ลำดับ Infusion Pump Syringe Pump รุ่น ให้เลือดไม่ได้ ให้เลือดได้ เบอร์
- ลำดับ Infusion Pump Syringe Pump รุ่น ให้เลือดไม่ได้ ให้เลือดได้ เบอร์

- อุปกรณ์พ่วง: เสาน้ำเกลือมีTower ต้น ไม่มีTower ต้น
- สายไฟ เส้น Drop Sensor.....ชุด

ลงชื่อผู้เบิก.....(ตัวบรรจง) ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่ ศคพ.)

ตำแหน่ง ตำแหน่ง.....

วันที่ เวลา วันที่ เวลา

หมายเหตุ :

.....

.....

