แบบสำรวจยา

สำรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	รายการยา/เวชภัณฑ์	รับ(หน่วยนับ)	เบิก (หน่วยนับ)	คงเหลือค้างสต๊อก	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับผิดชอบ

วันที่.....