



คู่มือการให้บริการ : การบริการยาและเวชภัณฑ์

หน่วยงานที่ให้บริการ : แผนกกิจการนักศึกษา

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

นักศึกษาหรือบุคลากร ที่ประสงค์ขอใช้บริการยาและเวชภัณฑ์ สามารถกรอกแบบฟอร์มขอเบิกยาและเวชภัณฑ์ได้ที่แผนกกิจการนักศึกษา ตั้งแต่วันจันทร์ – วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

ระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

ไม่มี

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ/ช่องทางการให้บริการ -แผนกกิจการนักศึกษา อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550	ระยะเวลาเปิดให้บริการ -วันจันทร์ – วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น. หยุดวันเสาร์ วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการ : -วันจันทร์ – วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1.	ประชาสัมพันธ์การให้บริการยาและเวชภัณฑ์	2 ชม.	-แผนกกิจการนักศึกษา -แผนกประชาสัมพันธ์
2.	เบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์	1 ชม./ครั้ง	-แผนกกิจการนักศึกษา
3.	สรุปและประเมินผลการให้บริการ	2 ชม.	-แผนกกิจการนักศึกษา

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
1.	แบบฟอร์มขอเบิกยา - เวชภัณฑ์	-แผนกกิจการนักศึกษา

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท/ร้อยละ)
1.	ไม่มี	

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำการให้บริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำการให้บริการ
1.	แผนกกิจการนักศึกษา อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1.	แบบฟอร์มเบิกยา - เวชภัณฑ์



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตตรัง

หน้า 1

แบบฟอร์มเบิกยา - เวชภัณฑ์

แผนกกิจการนักศึกษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเบิกยา - เวชภัณฑ์

เรียน หัวหน้าหน่วยบริการและพัฒนานักศึกษา

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....(นักศึกษา/เจ้าหน้าที่)

มีความประสงค์ขอเบิกยา - เวชภัณฑ์เพื่อใช้งาน.....

ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้แก่ยา - เวชภัณฑ์ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการยา/เวชภัณฑ์	หน่วยนับ	จำนวน		หมายเหตุ
			เบิก	จ่าย	
1	พาราเซตามอล	ขวด			
2	ยาธาตุน้ำขาว	ขวด			
3	ยาธาตุน้ำแดง	ขวด			
4	ยาแก้ไอน้ำดำ	ขวด			
5	ยาลดกรด (เรนิดีน)	แผง			
6	อะนาจิก (แก้ปวด/แก้แสบ)	แผง			
7	ซีสทีน ยาละลายเสมหะ	กล่อง			
8	แก้ปวดไมเกรน (Cafegot)	แผง			
9	สปีลโคแพน (ปวดเกร็งในช่องท้อง)	แผง			
10	ไฮออสเมน (ปวดเกร็งช่องท้อง/ประจำเดือน)	แผง			
12	ไดโคติล (แก้ท้องเสีย)	แผง			
13	คอรอสซา ระบบทางเดินปัสสาวะ/ทางเดินอาหาร	แผง			
14	ซูลิดีน (คัดจมูก/ลดน้ำมูก/แก้แพ้)	แผง			
15	ยาแก้แพ้ (เมารล/เมารือ)	เม็ด			

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

วันที่...../...../.....โทร.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายยา

(.....)

แผนกกิจการนักศึกษา



- สังกัดสำนักงานวิทยาเขตตรัง
- คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการประมง วิทยาลัยการโรงแรมและการท่องเที่ยว
- สถาบันทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สถาบันวิจัยพัฒนา

แบบฟอร์มเบิกยา - เวชภัณฑ์

แผนกกิจการนักศึกษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเบิกยา - เวชภัณฑ์

เรียน หัวหน้าหน่วยบริการและพัฒนานักศึกษา

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....(นักศึกษา/เจ้าหน้าที่)

มีความประสงค์ขอเบิกยา - เวชภัณฑ์เพื่อใช้งาน.....

ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้แก่ยา - เวชภัณฑ์ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการยา/เวชภัณฑ์	หน่วยนับ	จำนวน		หมายเหตุ
			เบิก	จ่าย	
16	ยาหอม	ขวด			
17	ยาอมแก้เจ็บคอ/ไอแซค	ซอง			
18	เกลือแร่ โอลิมปิก-เอ	ซอง			
19	ยาป้ายแผลในปาก	ซอง			
20	พลาสติกแต่งแผลชนิดใส	กล่อง			
21	ผ้าก๊อช 2 x 2	ซอง			
22	ผ้าก๊อช 3 x 3	ซอง			
23	น้ำเกลือล้างแผล	ขวด			
24	ทิชเชอร์ไอโอดีน	ขวด			
25	พลาสติกยาปิดแผล	แผง			
26	สำลี	ถุง			
27	ยาหม่อง	กล่อง			
28	ชุดทำแผลปลอดเชื้อ	ชุด			
29	โลชั่นกันยุง	ขวด			
30	แอมโมเนีย	ขวด			

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

วันที่...../...../.....โทร.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายยา

(.....)

แผนกกิจการนักศึกษา



- สังกัดสำนักงานวิทยาเขตตรัง
- คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการประมง วิทยาลัยการโรงแรมและการท่องเที่ยว
- สถาบันทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สถาบันวิจัยพัฒนา

แบบฟอร์มเบิกยา - เวชภัณฑ์

แผนกกิจการนักศึกษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเบิกยา - เวชภัณฑ์

เรียน หัวหน้าหน่วยบริการและพัฒนานักศึกษา

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....(นักศึกษา/เจ้าหน้าที่)

มีความประสงค์ขอเบิกยา - เวชภัณฑ์เพื่อใช้งาน.....

ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้แก่ยา - เวชภัณฑ์ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการยา/เวชภัณฑ์	หน่วยนับ	จำนวน		หมายเหตุ
			เบิก	จ่าย	
30	แอมโมเนีย	ขวด			
31	น้ำมันมวย	ขวด			
32	คาลาไมลิลโซชั่น	ขวด			
33	ยาล้างตา	ขวด			
34	ยาหยอดตา	ขวด			
35	ผงพิเศษ	ซอง			
36	หน้ากาก	ชิ้น			
37	ผ้าพันยึด	ม้วน			
38	กระเป๋ายา	ใบ			คืนเมื่อเสร็จกิจกรรม
39	ถุงมือยาง	ชิ้น			
40					
41					
42					
43					
44					
45					

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

วันที่...../...../.....โทร.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายยา

(.....)

แผนกกิจการนักศึกษา