



ห้องปฏิบัติการ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

Pharmaceutical Laboratory Room, School of Pharmacy, Eastern Asia University

แบบฟอร์มการชำระค่าวัสดุและครุภัณฑ์ชำรุด

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ-นามสกุล..... รหัส.....

ออกไปเสร็จในนาม.....

ลำดับที่	ชื่อเครื่องแก้ว-ครุภัณฑ์	ราคาต่อหน่วย	จำนวน	จำนวนเงิน (บาท)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
รวมเงิน (ตัวอักษร)				

ผู้ใช้ห้องปฏิบัติการขอรับผิดชอบค่าเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งหมด โดยชำระเป็นเงินสดตามจำนวนเงินดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ
(.....)

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

ลงชื่อ.....นักวิทยาศาสตร์ประจำห้องปฏิบัติการ
(.....)

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