**ใบขออนุมัติคงคลังวัสดุทางการแพทย์และเวชภัณฑ์มิใช่**

MSU-FM-FAC-001

แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ 23 พ.ค. 61

**โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

วันที่.........................................................

เรียน คณะกรรมการวัสดุทางการแพทย์และเวชภัณฑ์มิใช่ยา

ข้าพเจ้า .................................................................................ภาควิชา/หน่วยงาน..........................................................

มีความประสงค์จะเสนอจัดหาและคงคลังเวชภัณฑ์มิใช่ยาของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ชื่อสินค้า/ชื่อการค้า....................................................................................................................................................

2. รายละเอียด (แนบเอกสารอ้างอิงถ้ามี).......................................................................................................................

3. ประเภท/หมวดหมู่......................................................................................................................................................

4. ประมาณการใช้ต่อเดือน..............................................................................................................................................

5. คงเหลือ ณ ปัจจุบัน....................................................................................................................................................

**ประสบการณ์การใช้** 🞏 มี 🞏 ไม่มี

**จำนวนแพทย์ที่ใช้งาน**..................................................................................................................................................................

**ผลการพิจารณาการใช้งานจากแพทย์**

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

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

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

**เหตุผลความจำเป็น**

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

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

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

**ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้า**

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

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

**ราคาที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้วต่อขนาดบรรจุ** ...........................................................................................................................

**บริษัทผู้แทนจำหน่าย**.....................................................................**ชื่อผู้แทน**..............................................................................

**โทรศัพท์**………………………………………**โทรสาร**…………………………..………………**E-mail**………...…………………………….…………….…..

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

ตำแหน่ง........................................................

ผู้เสนอ

วันที่...............................................................

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**ผลการพิจารณา**

🞏 จัดหาและคงคลังวัสดุทางการแพทย์และเวชภัณฑ์มิใช่ โรงพยาบาลสุทธาเวช

🞏 จัดหาข้อมูลเพิ่มเติม และพิจารณาอีกครั้งในการประชุมครั้งต่อไป

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………..

🞏 ไม่ผ่านการพิจารณา เนื่องจาก

…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..

ลงชื่อ.......................................................ประธานกรรมการ/หรือผู้มีอำนาจ

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