



## ใบเบิกน้ำยาล้างมือ 4% Chlorhexidine

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ. ....

เรียน คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ. (ICC)

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง ..... สังกัดงาน .....

ความประสงค์ขอเบิกน้ำยา 4% Chlorhexidine จาก ..... แกลลอน เพิ่มเป็น ..... แกลลอน  
เหตุผลและความจำเป็น .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป

..... ผู้ขอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

### ความเห็น

- ควรอนุมัติให้เบิก  
 ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก .....

(นางสาวสายใจ ขอบงาม)

เลขานุการคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ. (ICC)

### คำสั่ง

- ควรอนุมัติให้เบิก  
 ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสิทธิ์ อู่พาพรรณ)

ประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ. (ICC)