แบบบันทึกการใช้ Particulate mask (Mask N95) เพื่อพิจารณาประกอบการเบิกใช้

หน่วยงานที่ขอเบิก ..... วัน/เดือน/ปี ที่เบิก .....

วันที่/เวร	**ผู้เบิกใช้**	**ตำแหน่ง**	**ใช้กับผู้ป่วยชื่อ-สกุล**	Airborne Disease	**จำนวน (ชิ้น)**
				รวมยอดการใช้ทั้งหมด	

ลงชื่อ .....

(.....)

หัวหน้างาน .....

☐ พิจารณาแล้วเห็นสมควรแก่การเบิก

(.....)

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)

ICC-000-4-009-00

Rev.24/8/2563