

แบบฟอร์มสำหรับเบิกน้ำยา **Xpert Xpress SARS CoV-2** โครงการกองทุนโลก ด้านวัณโรค

สำหรับหน่วยงาน/โรงพยาบาล.....จังหวัด .....

รายการ	จำนวนที่เบิก	จำนวนที่เหลือ/Lot
น้ำยา Xpert Xpress SARS-COV2 (10 test/กล่อง)		
VTM และ Nasopharyngeal swab (100 ชิ้น/กล่อง)		

ผู้ขอเบิก .....

( )

ตำแหน่ง .....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ..... E-MAIL .....

วันที่ขอเบิก.....

สำหรับโครงการกองทุนโลกด้านวัณโรค

จำนวนการลงข้อมูล

รายการ	จำนวนข้อมูล
1.จำนวนน้ำยา Xpert Xpress SARS-CoV2 ที่ได้จ่ายไป	
2.จำนวนข้อมูลในโปรแกรม SARS CoV-2	
คาดว่าจำนวนข้อมูลที่ยังไม่บันทึก	

รายการ	จำนวนที่จ่าย	Lot No.
น้ำยา Xpert SARS-COV2 (10 test/กล่อง)		
VTM และ Nasopharyngeal swab (100 ชิ้น/กล่อง)		

ผู้จ่าย .....

( )

ตำแหน่ง.....

วันที่จ่าย.....