แบบฟอร์มเช็ครายการยา Fixed stock ตึก.....

ชื่อยา	จำนวน	จำนวนเหลือ																							
		วันที่.....			วันที่.....			วันที่.....			วันที่.....			วันที่.....			วันที่.....			วันที่.....			วันที่.....		
		ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ
ลายเซ็น																									
ลายเซ็น																									
ลายเซ็น																									
ลายเซ็น																									
ลายเซ็น																									
ลายเซ็น																									
ลายเซ็น																									
ลายเซ็น																									
ลายเซ็น																									
ลายเซ็น																									