



เลขที่

## ใบส่งสินค้าหน้ากากอนามัย

ตามคำสั่งของเลขาธิการคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ที่ ..... ลงวันที่.....

## ๑. ผู้ผลิต

ชื่อ	ที่อยู่/โทรศัพท์

## ๒. ผู้รับปลายทาง

ชื่อ	ที่อยู่/โทรศัพท์

## ๓. รายละเอียดของสินค้า

ชื่อสินค้า	ชนิด / เกรด	ปริมาณ (ชิ้น)	ราคาจำหน่าย/ชิ้น
หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ (Surgical Mask)			

## ๔. การส่งสินค้า

สถานที่ต้นทาง	สถานที่ปลายทาง ชื่อ/ที่อยู่/ปริมาณ (ชิ้น)
ยานพาหนะ	หมายเลขทะเบียน
ประเภท (โปรดระบุ).....	

ระยะเวลาการส่งสินค้า ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น. ถึง วันที่.....เวลา.....น.

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

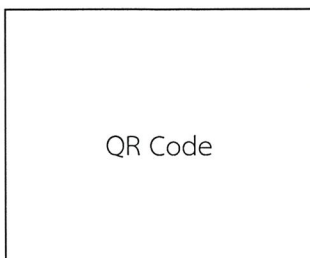
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่โรงงานผู้ผลิต

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(สำหรับผู้รับปลายทาง)

สแกน QR Code เพื่อตรวจรับสินค้า



QR Code

ข้าพเจ้าได้รับหน้ากากอนามัยปริมาณ.....ชิ้น เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับปลายทาง/ผู้แทนเป็นผู้รับของ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

\* การรับสินค้าจะสมบูรณ์  
เมื่อสแกน QR Code รับสินค้า  
ผ่านระบบเรียบร้อยแล้ว