



เลขที่

## ใบส่งสินค้าหน้ากากอนามัย

ตามคำสั่งของเลขที่การคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ที่ ..... ลงวันที่.....

## ๑. ผู้ผลิต

|      |                  |
|------|------------------|
| ชื่อ | ที่อยู่/โทรศัพท์ |
|      |                  |

## ๒. ผู้รับปลายทาง

|      |                  |
|------|------------------|
| ชื่อ | ที่อยู่/โทรศัพท์ |
|      |                  |

## ๓. รายละเอียดของสินค้า

| ชื่อสินค้า                                  | ชนิด / เกรด | ปริมาณ (ชิ้น) | ราคาจำหน่าย/ชิ้น |
|---|-------------|---------------|------------------|
| หน้ากากอนามัยทางการแพทย์<br>(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)

สแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อตรวจรับสินค้า



คิวอาร์โค้ด

ข้าพเจ้าได้รับหน้ากากอนามัยปริมาณ.....ชิ้นเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับปลายทาง/ผู้แทนเป็นผู้รับของ

(.....)

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

\* การรับสินค้าจะสมบูรณ์  
เมื่อสแกนคิวอาร์โค้ดรับสินค้า  
ผ่านระบบเรียบร้อยแล้ว