

FORM PENGGUNAAN LOGISTIK MEDIS DAN NON MEDIS

KOP	Ruangan/ Unit Pengguna :			
	Tanggal :			
	Jam :			
N0	Jenis barang	Jumlah Yang Ada	Jumlah yang Digunakan	Keterangan
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
Yang Menyerahkan :			Yang Menerima	