

## FORM INVENTARIS BARANG MEDIS DAN NON-MEDIS

<b>KOP</b>	<b>Ruangan/ Unit Penerima        :</b>			
	<b>Tanggal                                :</b>			
	<b>Jam                                        :</b>			
No	Nama Barang	Jenis Barang (Medis/Non-Medis)	Jumlah	Keterangan
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
Penanggung Jawab:				