

## FORM UTILISASI PERALATAN MEDIS DAN NON MEDIS

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