

บริษัท พีเอ็มแอล พลัส จำกัด
แบบฟอร์มแจ้งขออนุมัติรับยากลับคืน

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติรับยากลับคืน

เรียน แผนกคลังสินค้า

รับยากลับคืนจาก.....

ที่อยู่.....

.....

ลำดับที่	ชื่อสินค้า	ขนาดบรรจุ	จำนวน

เหตุผลที่ให้รับคืน.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ลงชื่อ.....พนักงานขาย
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่แผนกออเดอร์
 (.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าแผนกออเดอร์
 (.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าแผนกคลังสินค้า
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการฝ่ายขาย
 (.....)

ลงชื่อ.....ผจก.ฝ่ายจัดซื้อ และ โลจิสติกส์
 (.....)