ทะเบียนเบิก-จ่ายกระเป๋าเก็บนมแม่ / ถุงเก็บนม

บริษัท .....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....

ชื่อผู้รับผิดชอบงานมุมนมแม่…….. สถานประกอบการ / โรงพยาบาล……

ลำดับ	ชื่อ -นามสกุล มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่	เลขบัตรประชาชน /รหัสพนักงาน	อายุแม่	อายุบุตร	ที่อยู่ของมารดา	วันที่เริ่มใช้บริการมุมนมแม่	ลายมือชื่อ