

80 7.9 (3)

17

ใบยืมพัสดุประเภทคงรูป และพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐ
ของหน่วยงานโรงพยาบาลอุดรธานี

หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กอง/ศูนย์/กลุ่มงาน.....กรม.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ.....วัตถุประสงค์เพื่อ.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ดังนี้

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง (Serial Number)	หมายเหตุ ครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ (สี/ขนาด) ถ้ามี	อุปกรณ์ประกอบ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุดหรือใช้การไม่ได้หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภทชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ
(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ☐ ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าหน้าที่พัสดุ

☐ ยืมใช้ในหน่วยงานภายในโรงพยาบาลอุดรธานี

☐ ยืมใช้ในหน่วยงานภายในเครือข่าย

ลงชื่อ.....หัวหน้าพัสดุ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ.....

☐ ได้ส่งพัสดคืนแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ
(.....)

☐ ได้รับพัสดคืนแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ
(.....)

หมายเหตุ

เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด

ใบแนบท้ายใบยืมพัสดุ

รายการที่ ๑

ชนิดเครื่อง.....จำนวน.....เครื่อง
ชื่อทางการค้า (ยี่ห้อ/รุ่น).....
หมายเลขเครื่อง (Serial Number).....
หมายเลขครุภัณฑ์ของโรงพยาบาล.....
คุณลักษณะ.....

รายการที่ ๒

ชนิดเครื่อง.....จำนวน.....เครื่อง
ชื่อทางการค้า (ยี่ห้อ/รุ่น).....
หมายเลขเครื่อง (Serial Number).....
หมายเลขครุภัณฑ์ของโรงพยาบาล.....
คุณลักษณะ.....

รายการที่ ๓

ชนิดเครื่อง.....จำนวน.....เครื่อง
ชื่อทางการค้า (ยี่ห้อ/รุ่น).....
หมายเลขเครื่อง (Serial Number).....
หมายเลขครุภัณฑ์ของโรงพยาบาล.....
คุณลักษณะ.....

รายการที่ ๔

ชนิดเครื่อง.....จำนวน.....เครื่อง
ชื่อทางการค้า (ยี่ห้อ/รุ่น).....
หมายเลขเครื่อง (Serial Number).....
หมายเลขครุภัณฑ์ของโรงพยาบาล.....
คุณลักษณะ.....

รวมทั้งสิ้น จำนวนรายการ จำนวน(หน่วยนับ).....เครื่อง/ชุด

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)

ตำแหน่ง.....