

ใบยืมพัสดุ ประเภทใช้คงรูป ประเภทใช้สิ้นเปลือง
ของโรงพยาบาลเกาะเต่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

หน่วยงาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงานหมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ (หน่วยงาน).....

วัตถุประสงค์เพื่อ.....

โดยจะนำไปใช้ที่.....

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

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง (serial Number)	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ (สี/ขนาด) ถ้ามี	อุปกรณ์ประกอบ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อผู้ยืมพัสดุ

(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาวเจ้าหน้าที่

ทราบ นาย/นาง/นางสาวหัวหน้าพัสดุพัสดุ

ยืมใช้ในสถานที่หน่วยงาน ยืมใช้นอกสถานที่หน่วยงาน ยืมใช้ระหว่างหน่วยงาน

ลงชื่อ(หัวหน้างานผู้รับผิดชอบพัสดุ)
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ
(นายอาทิตย์ คำจันทร์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะเต่า ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ได้ส่งพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.

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

ได้รับพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ..... ผู้รับคืนพัสดุ
(.....)

หมายเหตุ เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทางพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด