

ใบยืมพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลือง ของเจ้าหน้าที่รัฐ
โรงพยาบาลสตรีตงูมิ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน..... หน่วยงาน.....

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

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ โรงพยาบาลสตรีตงูมิ.....

วัตถุประสงค์เพื่อ

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

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ (สี/ขนาด)ถ้ามี	อุปกรณ์ ประกอบ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงให้เขียนในแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนไว้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุดหรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือชดใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือชดใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้ยืมพัสดุ
(.....)

เสนอผ่านหัวหน้าพัสดุ ตรวจสอบแล้วโดย (นาย/นาง/นางสาว)..... จนท.พัสดุ

ยืมใช้ภายในโรงพยาบาล ยืมใช้ภายนอกโรงพยาบาล

ลงชื่อ..... หัวหน้าพัสดุ
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ
(.....)

ได้ส่งพัสดุคืนแล้ว เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ

ได้รับพัสดุคืนแล้ว เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้รับคืนพัสดุ

หมายเหตุ เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไปคืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด