

ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป ของโรงพยาบาลบางกล้า

หน่วยงาน.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 กลุ่มงาน/งาน.....
 หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....
 มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ.....วัตถุประสงค์เพื่อ.....
 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ดังนี้

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

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ
 ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนไว้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะ และคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม
 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ
 (.....)

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

- ยืมใช้ในหน่วยงานภายในโรงพยาบาลบางกล้า
- ยืมใช้ในหน่วยงานภายในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ลงชื่อ.....หัวหน้าพัสดุ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
 (.....)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล้า

ได้ส่งคืนแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ได้รับพัสดุดีคืนแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับพัสดุ
 (.....)

หมายเหตุ เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด