

ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูปของเจ้าหน้าที่รัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิปูน

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิปูน

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

งาน กลุ่มงาน

หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่

มีความประสงค์ขอยืมพัสดุของ วัตถุประสงค์เพื่อ

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

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง (Serial Number)	หมายเลขครุภัณฑ์	หมายเลขพัสดุ (สี/ขนาด) ถ้ามี	อุปกรณ์ประกอบ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้งานได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอชดเชยเป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้ยืมพัสดุ
(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ตรวจสอบแล้วโดย ยาย/นาง/นางสาว เจ้าหน้าที่พัสดุ

ยืมใช้ในหน่วยงานภายในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิปูน

ยืมใช้ในหน่วยงานนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิปูน

ลงชื่อ หัวหน้าพัสดุ

ลงชื่อ ผู้อนุมัติ

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

ได้ส่งพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้ยืม/ผู้คืนพัสดุ

ได้รับพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้รับคืนพัสดุ

หมายเหตุ : เมื่อครบกำหนดการยืม ให้ผู้อนุมัติ หรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงคืนพัสดุที่ให้ยืมไป ภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด กรณีจำเป็นต้องใช้งานต่อให้ดำเนินการส่งคืนตามที่กำหนดก่อน แล้วดำเนินการตามขั้นตอนการยืมใหม่ได้