ใบยืมพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิปูน

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 และส่งคืนให้ในสภาพที่ใชการได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือชดใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือชดเชยเป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

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

ลงชื่อ ..... ผู้ยืมพัสดุ

(.....)

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

☐ ยืมใช้ในหน่วยงานภายในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิปูน

☐ ยืมใช้ในหน่วยงานภายนอกสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิปูน

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 <u>กรณี</u>จำเป็นต้องใช้งานต่อให้ดำเนินการส่งคืนตามที่กำหนดก่อน แล้วดำเนินการตามขั้นตอนการยืมใหม่ได้