

ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป โรงพยาบาลบางสะพานน้อย

หน่วยงาน .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

กลุ่มภารกิจ ..... กลุ่มงาน/งาน/หอผู้ป่วย .....

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

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ ..... วัตถุประสงค์ .....

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

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

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนไว้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดความชำรุดหรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภทชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ลงชื่อ ..... ผู้ยืมพัสดุ

( ..... )

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

ยืมใช้ในหน่วยงานภายในโรงพยาบาลบางสะพานน้อย

ลงชื่อ ..... หัวหน้าพัสดุ ลงชื่อ ..... ผู้อนุมัติ

( ..... )

( ..... )

ได้ส่งพัสดุคืนแล้ว เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ลงชื่อ ..... ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ

( ..... )

ได้รับพัสดุคืนแล้ว เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ลงชื่อ ..... ผู้รับคืนพัสดุ

( ..... )

หมายเหตุ เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืม หรือผู้รับหน้าที่แทน มีหน้าที่ติดตามทวงถามพัสดุที่ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด

ผังกระบวนการยืมพัสดุ โรงพยาบาลบางสะพานน้อย

ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐  
ข้อ ๒๐๗ ถึง ๒๐๙ (การยืม)

