

ใบยืมพัสดุประเภทพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐ

ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เฉพาะราชการบริหารส่วนกลาง โรงพยาบาลแม่ลาน

หน่วยงาน.....

วัน.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กอง/ศูนย์/กลุ่มงาน.....กรม.....

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

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ.....วัตถุประสงค์เพื่อ.....

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

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

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

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

ลงชื่อ.....ผู้รับพัสดุ
(.....)

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

ยืมใช้ในหน่วยงานภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ยืมใช้ในหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อ.....หัวหน้าพัสดุ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน

ได้ส่งพัสดุดีคืนแล้ว เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

ได้รับพัสดุดีคืนแล้วเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน
(.....)

หมายเหตุ ๑. เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทางพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับตั้งแต่ วันที่ครบกำหนด

แบบฟอร์มยืม ครุภัณฑ์ โรงพยาบาลแม่ลาน ฝ่ายบริหารทั่วไป

เขียนที่..... วันที่ 10/6/65
 ชื่อ-สกุล ดร. สุวัฒน์
 ที่อยู่ 79 ม.5 ต.บ่อไร่ อ.บ่อไร่ จ.ปัตตานี 94180
 หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ 098-060 8828

มีความประสงค์ขอยืมครุภัณฑ์สำนักงานโรงพยาบาลแม่ลาน ดังต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อครุภัณฑ์	ยี่ห้อ	หมายเลขครุภัณฑ์	ราคา	หมายเหตุ
๑	<u>10/10 ลิตร O₂</u>	-	-	-	-
๒					
๓					

อุปกรณ์เสริม ๑. กรรปง: ๑ ๒. สาย O₂ ๓. O₂ mask

เพื่อใช้งาน/กิจกรรม คือใช้ในการ
 สถานที่นำไปใช้ 79 ม.5 ต.บ่อไร่ อ.บ่อไร่ จ.ปัตตานี 94180
 ในระหว่างวันที่ 10 เดือน มิ.ย พ.ศ. 65 ถึงวันที่ 30 เดือน ส.ค พ.ศ. 65
 และจะนำครุภัณฑ์ที่ยืมมาส่งคืนในสภาพเดิมทุกประการภายในวันที่ 30 ส.ค 65

** หากครุภัณฑ์ที่ยืมไปเกิดการชำรุด มีปัญหา หรือเกิดสูญหาย ข้าพเจ้ายินดีชดใช้ตามราคา ที่ โรงพยาบาลแม่ลาน เรียกร้อง

ลงชื่อผู้ยืม สุวัฒน์
 (ดร.สุวัฒน์)

ความเห็นผู้รับผิดชอบครุภัณฑ์
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน
 เห็นสมควร อนุมัติ ไม่อนุมัติ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

อลอง
 (นางมัลลยา จันทร์มณี)

0
 (นายอัศวิน ธรรมรัตน์)

ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ
๑๓ / มิ.ย / ๒๕๖๕

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน
๑๓ / มิ.ย / ๒๕๖๕

บันทึกของเจ้าหน้าที่
 ได้รับส่งคืนเมื่อวันที่ 30 เดือน ส.ค พ.ศ. 65

ครบ ไม่ครบ สิ่งที่ยังไม่คืนคือ.....
 สภาพเรียบร้อย สภาพไม่เรียบร้อย เพราะ.....

ลงชื่อผู้คืน สุวัฒน์ ลงชื่อผู้รับคืน อลอง

หมายเหตุ * โปรดกรอกข้อความ ๒ ฉบับ ฉบับหนึ่งเก็บไว้ที่งานพัสดุ ก่อสร้างและซ่อมบำรุง อีกฉบับหนึ่งเก็บไว้และนำมาในวันส่งคืน

** ยื่นแบบฟอร์มที่งานพัสดุ ก่อสร้างและซ่อมบำรุง ก่อนประสงค์จะใช้งานอย่างน้อย ๒ วัน
 เจ้าหน้าที่จะจ่ายอุปกรณ์ให้ท่านเมื่อ ค่าอนุมัติสมบูรณ์แล้ว

หน่วยงานรับผิดชอบ
 ชื่อ-สกุล นายสุวัฒน์ ธรรมรัตน์
 หน่วยงาน กลุ่มงานเวชศัลยกรรมฟื้นฟู
 เบอร์โทร 4102

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Number 1 9402 00072 49 8

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. สาลีประห์ ชูลู
Name Miss Saisepah
Last name Kulu

เกิดวันที่ 17 มิ.ย. 2531
Date of Birth 17 Jun. 1988

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 79 หมู่ที่ 5 ต.ม่วงเตี้ย อ.แม่ลาน
จ.ปัตตานี

27 ส.ค. 2557
วันออกบัตร 27 Aug. 2014
Date of Issue

(นายหญิงสุภา บุญราช)
เจ้าพนักงานออกบัตร

18 มิ.ย. 2566
วันบัตรหมดอายุ 18 Jun. 2023
Date of Expiry

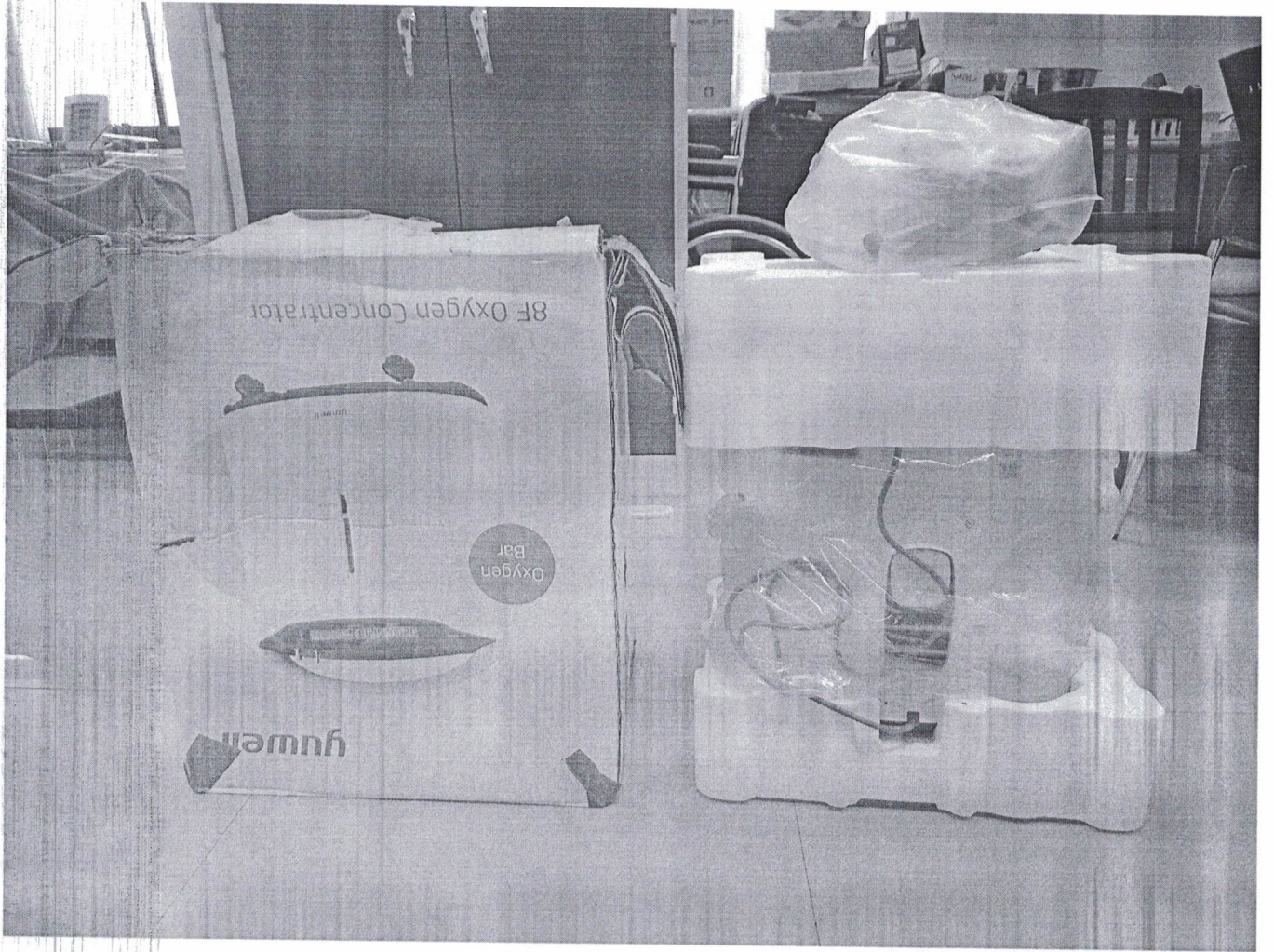
9412-03-08270829



รับของรับฝาก

รศ.ม.น. จ.ป.

(ม.ค.ร.ม.น. จ.ป.)



ส่งคืน ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕