

**ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป และการยืมพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลือง
ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร กระทรวงสาธารณสุข**

หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน/งาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอยืมพัสดุของ โรงพยาบาลสมุทรสาคร วัตถุประสงค์เพื่อ.....

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

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง (Serial Number)	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ (สี/ขนาด) ถ้ามี	อุปกรณ์ ประกอบ

หมายเหตุ หากรายการไม่เพียงพอ ให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนไว้ในสภาพที่การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุดหรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะดำเนินการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งสิ้น หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืม
(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ

- ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาว..... เจ้าหน้าที่พัสดุ
- ยืมใช้ภายในหน่วยงานภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร
- ยืมใช้ภายนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)

ตำแหน่ง.....

ได้ส่งคืนพัสดุดังกล่าว วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ได้รับพัสดุดังกล่าว วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ
(.....)

หมายเหตุ เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไปคืน ภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด