ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป ของเจ้าหน้าที่รัฐ
ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง

ใบยืมลำดับที่...../..... หน่วยงาน.....

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน.....

หมายเลขโทรศัพท์..... หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่..... มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุ

ของ.....วัตถุประสงค์เพื่อ.....

.....สถานที่ใช้งาน.....

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

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

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือชดใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือชดใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

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

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ

(.....)

(หัวหน้าหน่วยงานผู้ยืม)

เรียน ☐ ผู้ว่าราชการจังหวัดพิษณุโลก ☐ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

ตรวจสอบแล้ว โดย นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบควบคุมพัสดุ เห็นควรอนุมัติให้

☐ ยืมใช้ระหว่างหน่วยงานของรัฐ (อนุมัติโดยผู้ว่าราชการจังหวัดพิษณุโลก)

☐ ยืมใช้ในหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก (อนุมัติโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก)

☐ ยืมใช้นอกหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก (อนุมัติโดยผู้ว่าราชการจังหวัดพิษณุโลก)

ลงชื่อ.....หัวหน้าเจ้าหน้าที่	ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ	ลงชื่อ.....ผู้รับพัสดุ(ผู้ยืม)
(.....)	(.....)	(.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....

☐ **ได้ส่งพัสดุคืนแล้ว** เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ

(.....)

☐ **ได้รับพัสดุคืนแล้ว** เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ

(.....)

หมายเหตุ เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด

ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป ของเจ้าหน้าที่รัฐ

ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง

รายการแนบใบยืมลำดับที่...../.....

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

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ

(.....)

(หัวหน้าหน่วยงานผู้ยืม)