

ใบยืมพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลือง ระหว่างหน่วยงานของรัฐ  
ของโรงพยาบาลหนองหานยาง จังหวัดอุทัยธานี กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

งาน/กลุ่มงาน.....กรม.....

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

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

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

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

หมายเหตุ : หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนไว้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิม โดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือชดใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียว หรือชดใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะที่ยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนใน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ  
(.....)

เสนอผ่านหัวหน้าพัสดุ  ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าหน้าที่พัสดุ

ยืมใช้ภายในสถานที่ของโรงพยาบาลหนองหานยาง

ลงชื่อ.....หัวหน้าพัสดุ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ  
(.....)

ได้ส่งพัสดุคืนแล้ววันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ได้รับพัสดุคืนแล้ววันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ  
(.....)

หมายเหตุ : เมื่อครบกำหนดยืมให้ผู้อนุมัติหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้อืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด