**ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป และพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐ**
**ของหน่วยงานโรงพยาบาลทัพทันและหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี**

หน่วยงาน .....

วันที่.....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 (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

(.....)

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

☐ ยืมใช้ในหน่วยงานภายในโรงพยาบาลทัพทัน

☐ ยืมใช้ในหน่วยงานภายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลงชื่อ .....หัวหน้าพัสดุ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

☐ได้ส่งพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลงชื่อ.....ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ

(.....)

☐ได้รับพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลงชื่อ..... ผู้รับคืนพัสดุ

(.....)

**หมายเหตุ**
**เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด**