

**ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป และพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐ
ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง**

หน่วยงาน.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน / งาน หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ วัตถุประสงค์เพื่อ.....

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

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

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุดหรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะ และคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

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

ลงชื่อ ผู้ยืมพัสดุ
(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ตรวจสอบแล้วโดย นาย / นาง / นางสาว เจ้าหน้าที่พัสดุ

ยืมใช้ภายในหน่วยงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

ยืมใช้ภายนอกหน่วยงานภายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

ลงชื่อ หัวหน้าพัสดุ
(.....)

ลงชื่อ ผู้อนุมัติ
(.....)

ตำแหน่ง.....

ได้ส่งพัสดุดีแล้ว เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้ยืม / ผู้ส่งคืนพัสดุ
(.....)

ได้รับพัสดุดีแล้ว เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้รับคืนพัสดุ
(.....)

หมายเหตุ เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด