

ใบยืม  พัสตุประเภทใช้คงรูป  พัสตุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐ  
ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

หน่วยงาน .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กอง/ศูนย์/กลุ่มงาน .....กรม .....

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

มีความประสงค์จะขอยืมพัสตุของ.....วัตถุประสงค์เพื่อ .....

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

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง (serial Number)	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะพัสตุ (สี/ขนาด) ถ้ามี	อุปกรณ์ประกอบ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสตุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

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

ลงชื่อ .....ผู้ยืมพัสตุ

(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสตุ  ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาว .....เจ้าหน้าที่พัสตุ

ยืมใช้ในหน่วยงานภายในโรงพยาบาลท่าตะเกียบ

ยืมใช้ภายนอกหน่วยงาน

ลงชื่อ .....หัวหน้าพัสตุ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ .....

ได้ส่งพัสตุคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสตุ

(.....)

ได้รับพัสตุคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสตุ

(.....)

หมายเหตุ

เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสตุที่ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด