

ใบยืมพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลือง
โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน.....

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

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุ เพื่อ.....รายละเอียดดังนี้

รายการ	จำนวน	หน่วย	หมายเหตุ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะส่งคืน หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ

(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ☐ ตรวจสอบโดย นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าหน้าที่☐ ยืมใช้ในหน่วยงาน☐ ยืมใช้นอกหน่วยงาน

ลงชื่อ.....หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

☐ ได้ส่งคืนพัสดุแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืม/ผู้ส่งคืน

(.....)

☐ ได้รับพัสดุกินแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ

(.....)

หมายเหตุ **เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด