

แบบฟอร์มใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป และพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลือง
ของโรงพยาบาลสตึก จังหวัดนครราชสีมา

หน่วยงาน
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
งาน/กลุ่มงาน

หมายเลขโทรศัพท์..... หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....
มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ..... วัตถุประสงค์เพื่อ

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

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลข เครื่อง (serial Number)	หมายเลข ครุภัณฑ์	ลักษณะ พัสดุ (สี/ขนาด) ถ้ามี	อุปกรณ์ ประกอบ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ
ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้
เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิม
โดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็น
เงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ
ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อผู้ยืมพัสดุ
(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาวเจ้าหน้าที่พัสดุ
 ยืมใช้ระหว่างหน่วยงาน
 ยืมใช้ภายในสถานที่ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
 ยืมใช้นอกสถานที่ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ลงชื่อหัวหน้าพัสดุ ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ
(.....) (.....)
ตำแหน่ง

ได้ส่งพัสดุดคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.
ลงชื่อ..... ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ
(.....)

ได้รับพัสดุดคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.
ลงชื่อ..... ผู้รับคืนพัสดุ
(.....)

หมายเหตุ
เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน
๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด

15.2

ใบคืน ยาและเวชภัณฑ์

วันที่เดือน พ.ศ.

โรงพยาบาลมีความประสงค์ ขอคืน ยา/เวชภัณฑ์
จากโรงพยาบาล.....ดังนี้

ลำดับที่	รายการ	Lot.No	หน่วยนับ	จำนวน	ราคา/หน่วย	หมายเหตุ

ผู้อนุมัติให้คืน.....
ตำแหน่ง
วันที่

ผู้ส่งจ่าย
ตำแหน่ง
วันที่.....

ผู้จ่าย
ตำแหน่ง
วันที่.....

ผู้รับคืน
ตำแหน่ง
วันที่.....