

ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป และพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของโรงพยาบาลสามแฉกแสง จังหวัดนครราชสีมา

หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน.....

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

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ.....วัตถุประสงค์เพื่อ.....

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

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ (สี/ขนาด)ถ้ามี	อุปกรณ์ประกอบ

**หมายเหตุ** หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในแบบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุดหรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไข ซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือ ชดใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือชดใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆทั้งสิ้นทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ  
(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ  ตรวจสอบโดย นาย/นาง/นางสาว..... เจ้าหน้าที่พัสดุ

ยืมใช้ในหน่วยงาน  ยืมใช้นอกหน่วยงาน

ลงชื่อ.....หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ได้ส่งคืนพัสดุแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ลงชื่อ.....ผู้ยืม/ผู้ส่งคืน  
(.....)

ได้รับพัสดุดีแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ  
(.....)

**หมายเหตุ**

เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืม หรือผู้รับหน้าที่แทนติดตามทางพัสดุที่ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด



ที่ นม.๐๐๓๒.๓๐๓.๑/.....

โรงพยาบาลขามสะแกแสง  
๔๕๙ หมู่ ๑๓ ต.ขามสะแกแสง  
อ.ขามสะแกแสง จ.นครราชสีมา  
๓๐๒๙๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสันับสนุนยา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

โรงพยาบาลขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ใคร่ขอสันสนับสนุนยา จาก.....  
เพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วย ดังรายการต่อไปนี้

๑. .... จำนวน.....
๒. .... จำนวน.....
๓. .... จำนวน.....
๔. .... จำนวน.....
๕. .... จำนวน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิติคุณ เขียวอยู่)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขามสะแกแสง

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

โทร (๐๔๔) ๓๘๓๕๗๗ - ๙ ต่อ ๑๒๓

โทรสาร ๐๔๔-๓๘๕๒๐๑



ที่ นม.๐๐๓๒.๓๐๓.๑/.....

โรงพยาบาลขามสะแกแสง  
๔๕๙ หมู่ ๑๓ ต.ขามสะแกแสง  
อ.ขามสะแกแสง จ.นครราชสีมา  
๓๐๒๙๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอคืนยา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

โรงพยาบาลขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ใคร่ขอคืนยา จาก.....  
เพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วย ดังรายการต่อไปนี้

๑. .... จำนวน.....
๒. .... จำนวน.....
๓. .... จำนวน.....
๔. .... จำนวน.....
๕. .... จำนวน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิติคุณ เขียวอยู่)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขามสะแกแสง

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

โทร (๐๔๔) ๓๘๓๕๗๗ - ๙ ต่อ ๑๒๓

โทรสาร ๐๔๔-๓๘๕๒๐๑