

แบบฟอร์มขอยืมพัสดุครูระหว่างหน่วยงานของรัฐ
โรงพยาบาลศึลลลาด จังหวัดศรีสะเกษ

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศึลลลาด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงาน/ส่วนราชการ.....เบอร์โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ขอยืมพัสดุ / ครุภัณฑ์ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	หมายเลขพัสดุ / ครุภัณฑ์

เพื่อใช้ในงาน.....

สถานที่นำไปใช้.....

ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....รวมเป็นเวลา.....วัน

ข้าพเจ้านำส่งคืนวันที่.....หากพัสดุ / ครุภัณฑ์ ที่นำมาส่งคืนชำรุดเสียหายหรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้ายินดีจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิม โดยเสียค่าใช้จ่ายของตนเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุ / ครุภัณฑ์ประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพต้องไม่น้อยกว่าของเดิม หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืมตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด

ลงชื่อ.....ผู้ยืม

<p>เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศึลลลาด ตรวจสอบแล้วสามารถจ่ายพัสดุ / ครุภัณฑ์ตามรายการได้</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (.....) วันที่...../...../.....</p>	<p><input type="checkbox"/> อนุมัติให้ยืมพัสดุ / ครุภัณฑ์ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการหรือผู้รับมอบอำนาจ (.....) วันที่...../...../.....</p>
<p style="text-align: center;">ได้รับพัสดุตามรายการข้างต้นแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ยืม (.....) วันที่...../...../.....</p>	<p style="text-align: center;">การรับพัสดุ / ครุภัณฑ์คืน</p> <p><input type="checkbox"/> สภาพสมบูรณ์ <input type="checkbox"/> สภาพไม่สมบูรณ์ <input type="checkbox"/> ครบถ้วนตามรายการ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ ขาด.....รายการ</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (.....) วันที่...../...../.....</p>

**แบบฟอร์มขอยืมพัสดุคงรูปบุคคลยืมใช้ภายในสถานที่ของหน่วยงานของรัฐเดียวกัน
และการยืมไปใช้นอกสถานที่ของหน่วยงานของรัฐ
โรงพยาบาลศัลลาต จังหวัดศรีสะเกษ**

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศัลลาต

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
กลุ่มงาน.....โรงพยาบาลศัลลาต .เบอร์โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ขอยืมพัสดุ / ครุภัณฑ์ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	หมายเลขพัสดุ / ครุภัณฑ์

เพื่อใช้ในงาน.....
สถานที่นำไปใช้.....
ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....รวมเป็นเวลา.....วัน
ข้าพเจ้านำส่งคืนวันที่.....หากพัสดุ / ครุภัณฑ์ ที่นำมาส่งคืนชำรุดเสียหายหรือใช้การไม่ได้ หรือ
สูญหายไป ข้าพเจ้ายินดีจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิม โดยเสียค่าใช้จ่ายของตนเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุ / ครุภัณฑ์
ประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพต้องไม่น้อยกว่าของเดิม หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม
ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด

ลงชื่อ.....ผู้ยืม

<p>เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศัลลาต ตรวจสอบแล้วสามารถจ่ายพัสดุ / ครุภัณฑ์ตามรายการได้</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (.....) วันที่...../...../.....</p>	<p><input type="checkbox"/> อนุมัติให้ยืมพัสดุ / ครุภัณฑ์ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการฯหรือผู้รับมอบอำนาจ (.....) วันที่...../...../.....</p>
<p style="text-align: center;">ได้รับพัสดุตามรายการข้างต้นแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ยืม (.....) วันที่...../...../.....</p>	<p style="text-align: center;">การรับพัสดุ / ครุภัณฑ์คืน</p> <p><input type="checkbox"/> สภาพสมบูรณ์ <input type="checkbox"/> สภาพไม่สมบูรณ์ <input type="checkbox"/> ครบถ้วนตามรายการ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ ขาด.....รายการ</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (.....) วันที่...../...../.....</p>