



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ลาน้อย อําเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ๕๕๑๒๐

ที่ มส ๐๔๓๗/๒๖๖๔

วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ทรัพย์สินของราชการที่ถูกต้องตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อ  
จัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ (กรณีการยึมพัสดุ)

เรียน สาธารณสุขอำเภอแม่ลาน้อย

### เรื่องเดิม

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินโครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : ITA) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อวัดระดับคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน โดยใน MOIT ๑๕ กำหนดให้หน่วยงานมีการจัดทำแนวทาง ปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ทรัพย์สินของราชการที่ถูกต้อง นั้น

### ข้อเท็จจริง

กลุ่มงานบริหาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ลาน้อย ได้ดำเนินการจัดทำแนวทางปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ทรัพย์สินของราชการที่ถูกต้อง (กรณีการยึมพัสดุ) ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการยึมพัสดุประเภทใช้คงรูประหว่างหน่วยงานของรัฐยึมใช้ภายในสถานที่ของหน่วยงานของรัฐเดียวกัน และการยึมไปใช้ในสถานที่ของหน่วยงานของรัฐ และการยึมพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองระหว่างหน่วยงานของรัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ลาน้อย

### ข้อพิจารณาและข้อเสนอ

เพื่อให้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ทรัพย์สินของราชการที่ถูกต้อง (กรณีการยึม) เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด

๑. เห็นชอบแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ทรัพย์สินของราชการ
๒. ลงนามในหนังสือแจ้งเรียนแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ทรัพย์สินของราชการ
๓. อนุญาตให้นำประกาศเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

(นายบุญเลิศ ศรีอารีย์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ทราบ/อนุญาต

(นายฤทธิ์ วงศ์น้อย)

สาธารณสุขอำเภอแม่ลาน้อย

ใบยืมพัสดุประเภทใช้คราวๆ และพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐ  
ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และหน่วยงานในสังกัด

หน่วยงาน \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ชื่อเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน \_\_\_\_\_

grade/rank \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์เบอร์ที่ \_\_\_\_\_

มีความประพฤติและยึดมั่นพัสดุของ.....

วัตถุประสงค์เพื่อ.....

ห้องผู้รับที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึงห้องที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ตัวนี้

| รายการ | จำนวน | อีพ็อก/รุ่น | หมายเลขเครื่อง<br>(Serial Number) | หมายเลขครุภัณฑ์ | ลักษณะพัสดุ<br>(รุ่น/ขนาด) ลักษณะ | อุปกรณ์ประกอบ |
|--------|-------|-------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|
|        |       |             |                                   |                 |                                   |               |
|        |       |             |                                   |                 |                                   |               |
|        |       |             |                                   |                 |                                   |               |
|        |       |             |                                   |                 |                                   |               |
|        |       |             |                                   |                 |                                   |               |
|        |       |             |                                   |                 |                                   |               |
|        |       |             |                                   |                 |                                   |               |

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแบบ

ตามรายการที่ยื่นข้างต้น ข้าพเจ้าจะขอรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอให้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด สีกษัณฑ์และคุณภาพ อย่างเดียวกัน หรือขอให้เป็นเงินค่าราคาที่เป็นอยู่ในขณะยื่น

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ยืมพัสดุ

(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ  ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่พัสดุ

ยื่นให้ในหน่วยงาน ภายใต้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ หัวหน้าพัสดุ

(.....)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้อนุมัติ

(.....)

ให้ส่งพัสดุคืนแม้วันเดียวที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ผู้รับคืนพัสดุ

(.....)

ให้รับพัสดุคืนแม้วันเดียวที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ผู้รับคืนพัสดุ

(.....)

หมายเหตุ

เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด

**ผังกระบวนการยืนยันตัวตนประจำตัวทั้งบุคคลและบุคคลประจำทางใช้สื่อเบลิงของเจ้าหน้าที่รัฐ**  
**ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองล้านนา และหน่วยงานในสังกัด**  
**ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐**  
**ข้อ ๒๐๗ ถึงข้อ ๒๐๙ (การยืนยัน)**

