

ใบยืมพัสดุประเภทใช้คราว และพัสดุประเภทใช้สั่งเบ็ดเตล็ดของเจ้าหน้าที่รัฐ
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 (Serial Number)	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ (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)

