

**ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป ของเจ้าหน้าที่รัฐ**  
**หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สสอ./รพ.สต.....สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามร้อยยอด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ประจวบคีรีขันธ์ มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ.....

วัตถุประสงค์.....

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

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลข เครื่อง	หมายเลข ครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ	อุปกรณ์ ประกอบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาอย่างดีและส่งคืนในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไข ซ่อมแซม ให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะ และคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆทั้งสิ้น ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุในวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ

( )

เสนอผ่านหัวหน้าพัสดุ ตรวจสอบแล้วโดยนาย/นาง/นางสาว.....เจ้าหน้าที่พัสดุ

ยืมใช้ในหน่วยงานเดียวกัน

ยืมใช้ระหว่างหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อ.....หัวหน้าพัสดุ      ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง .....

ได้ส่งพัสดุดีคืนแล้ววันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....ผู้คืนพัสดุ

(.....)

ได้ส่งพัสดุดีคืนแล้ววันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ

(.....)

**ใบยืมพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลือง ของเจ้าหน้าที่รัฐ**  
**หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สสอ./รพ.สต.....สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามร้อยยอด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
 ประจวบคีรีขันธ์ มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ.....

วัตถุประสงค์.....

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

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลข เครื่อง	หมายเลข ครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ	อุปกรณ์ ประกอบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาอย่างดีและส่งคืนในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดชำรุดหรือใช้การ  
 ไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด  
 ลักษณะ และคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆทั้งสิ้น ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ

(.....)

เสนอผ่านหัวหน้าพัสดุ ตรวจสอบแล้วโดยนาย/นาง/นางสาว.....เจ้าหน้าที่พัสดุ

ยืมใช้ในหน่วยงานเดียวกัน

ยืมใช้ระหว่างหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อ.....หัวหน้าพัสดุ      ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

ได้ส่งพัสดุคืนแล้ววันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....ผู้คืนพัสดุ

(.....)

ได้ส่งพัสดุคืนแล้ววันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ

(.....)

