

แบบฟอร์ม การขีมีพัสดุประเภทใช้คงรูป และพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลือง

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลคอดอยเต่า

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....ฝ่าย/แผนก.....

มีความประสงค์จะขอขีมีพัสดุ/ครุภัณฑ์ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลข เครื่อง	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะ พัสดุ(สี/ ขนาด)	อุปกรณ์ ประกอบ

วัตถุประสงค์ของการใช้งานเพื่อ.....

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

หมายเหตุ ตามรายการที่ขีมีข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดีและสงวนไว้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อยหากเกิดการชำรุดหรือใช้การไม่ได้หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เงินพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เงิน เงินคปรราคาที่เป็นอยู่ในขณะขีมี

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขีมี
(.....)

ความเห็นผู้รับผิดชอบ

ลงชื่อ.....ลงชื่อ.
(.....)

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคอดอยเต่า

๖ ได้ส่งพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ/ผู้ส่งคืน
(.....)

๖ ได้รับพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ/ผู้รับคืน
(.....)

หมายเหตุ เมื่อครบกำหนดขีมี ให้ผู้อนุมัติขีมีหรือผู้รับหน้าที่แทนหน้าที่คิดคณพวงพัสดุที่ขีมีไป คืนภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด