ใบยืมพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลือง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

หน่วยงาน.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....
ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... .....
กลุ่มงาน.....หมายเลขโทรศัพท์..... .....
มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ.....
.....
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ค. ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

รายการ	จำนวน	หน่วย	หมายเหตุ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือชดใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะ และคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือชดใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ขณะยืม ตามเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ
(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าเจ้าหน้าที่ ☐ ตรวจสอบแล้วโดย.....เจ้าหน้าที่
☐ ยืมใช้ในหน่วยงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
☐ ยืมใช้ในหน่วยงานภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

ลงชื่อ.....หัวหน้าเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....) (.....)

☐ ได้ส่งพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ
(.....)

☐ ได้รับพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ
(.....)

หมายเหตุ
เมื่อครบกำหนด ให้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วันนับแต่วันที่ครบกำหนด