



กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

แบบยืมใช้พัสดุ

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ยืม)ตำแหน่ง

สังกัด กลุ่ม.....หน่วยงาน.....

ขอยืมสิ่งของตามบัญชีรายการ ข้างล่างนี้ จากศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี.....

เพื่อ..... ตั้งแต่วันที่

ข้าพเจ้าจะนำส่งวันที่ เดือน พ.ศ. หากสิ่งของที่นำมาส่งคืน

ชำรุดเสียหายหรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้ายินดีจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสีย ค่าใช้จ่าย
ของตนเอง หรือชดใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะ และคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือชดใช้ เป็นเงินตามราคา
ที่เป็นอยู่ในขณะที่ยืม ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด

ลำดับ	หมายเลขหรือรหัส	รายการ	จำนวน	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....ผู้ยืม

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

อนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ยืม

(.....)

ได้จ่ายของตามรายการข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายของ

(.....)

ได้รับคืนสิ่งของตามรายการข้างต้นในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อยและครบถ้วน
แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งคืน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ทะเบียนคุมการยืมใช้พัสดุศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ.พ.ศ.....
 ประจำเดือน.....

ลำดับที่	รายการ	หมายเลข หรือรหัส	จำนวน	ยืม		คืน		หมายเหตุ
				วันที่ยืม	ชื่อผู้ยืม	วันที่คืน	ชื่อผู้คืน	