แบบฟอร์ม\_ภายในหน่วยงาน

 ****

  **แบบยืมใช้พัสดุ**

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ยืม) .........................................................ตำแหน่ง ..........................................................................

สังกัด กลุ่ม............................................................................หน่วยงาน...................................................................

ขอยืมสิ่งของจากกลุ่ม...............................................................ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี เพื่อ..................................................................................................................................................................................

ตั้งแต่วันที่ ......................................................ถึงวันที่ ..................................................................................................

ข้าพเจ้าจะนำส่งวันที่ ................ เดือน ................................... พ.ศ. ...............................ตามบัญชีรายการ ข้างล่างนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการ | หมายเลขพัสดุ | จำนวน | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

การคืนพัสดุ

ได้รับคืนสิ่งของตามรายการข้างต้นในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อยและครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.......................................ผู้รับคืน

(................................................)

 วันที่.......เดือน....................พ.ศ.............................

ลงชื่อ......................................ผู้ส่งคืน

(..............................................)

 วันที่..............เดือน.......................พ.ศ....................

**หมายเหตุ** : เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด

ลงชื่อ………………………………………..ผู้จ่ายพัสดุ

 (................................................)

ได้จ่ายของตามรายการข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ…………………………………………..ผู้ยืม

 (..................................................)

 ตำแหน่ง.................................................

 ลงชื่อ…………………………………… ผู้อนุมัติ

 (..........................................)

 (หัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบพัสดุ)

 อนุมัติ

**ทะเบียนคุมการยืมใช้พัสดุศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.......................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการ** | **หมายเลขหรือรหัส** | **จำนวน** | **ยืม** | **คืน** | **หมายเหตุ** |
| **วันที่ยืม** | **ชื่อผู้ยืม** | **วันที่คืน** | **ชื่อผู้คืน** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**แบบการยืมใช้พัสดุศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี**

**ประจำกลุ่มงาน**

**…………………………………………**

.