

19-2

**ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป และพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐ
ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เฉพาะราชการบริหารส่วนกลาง**

หน่วยงาน

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

กอง/ศูนย์/กลุ่มงาน กรม

หมายเลขโทรศัพท์..... หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....

มีความประสงค์จะขอรับพัสดุของ..... วัตถุประสงค์เพื่อ

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

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง (serial Number)	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ (สี/ขนาด) ถ้ามี	อุปกรณ์ประกอบ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแบบ

ตามรายการที่ยื่นข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือซื้อเป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพ อย่างเดียวกัน หรือซื้อเป็นเงินตามราคาราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้ยืมพัสดุ

(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาวเจ้าหน้าที่พัสดุ

ยึดไว้ในหน่วยงานภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ยึดไว้ในหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อ หัวหน้าพัสดุ ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ

ได้ส่งพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ..... ผู้รับคืนพัสดุ

(.....)

ได้รับพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ..... ผู้รับคืนพัสดุ

(.....)

หมายเหตุ

เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทรงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน
นับแต่วันที่ครบกำหนด