



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ..โรงพยาบาลเนินสง่า อ.เนินสง่า จ.ชัยภูมิ ๓๖๑๓๐ โทร ๐๔๔-๐๕๒๙๖๒

ที่ ขย ๐๐๓๓.๓๐๑/๗๔ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ..แบบฟอร์มการขอยืมพัสดุของโรงพยาบาลเนินสง่า บังบประมาณ ๒๕๖/

เรียน หัวหน้าหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลเนินสง่าทุกหน่วยงาน

ตามที่ โรงพยาบาลเนินสง่า ได้จัดทำกรอบแนวทางการใช้ทรัพย์สินของทางราชการ ในโรงพยาบาลเนินสง่า และกำหนดแบบฟอร์มการขอยืมใช้พัสดุของโรงพยาบาลเนินสง่า เพื่อเป็นการควบคุม เก็บรักษา และดูแลบำรุงรักษาพัสดุของโรงพยาบาลเนินสง่าให้คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลเนินสง่า ขอส่งแนวทางและแบบฟอร์มการขอยืมพัสดุของโรงพยาบาล เนินสง่า ให้ฝ่ายต่างๆ ทราบ และแจ้งเจ้าหน้าที่ในฝ่ายของท่านรับทราบและถือปฏิบัติต่อไปด้วย ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อเผยแพร่ให้ทราบโดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุมัติให้ประกาศในเว็บไซต์หน่วยงานและ ปิดประกาศเพื่อเผยแพร่ให้สาธารณะทราบต่อไป



(นางนิตยา ศรีนาม)

เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน

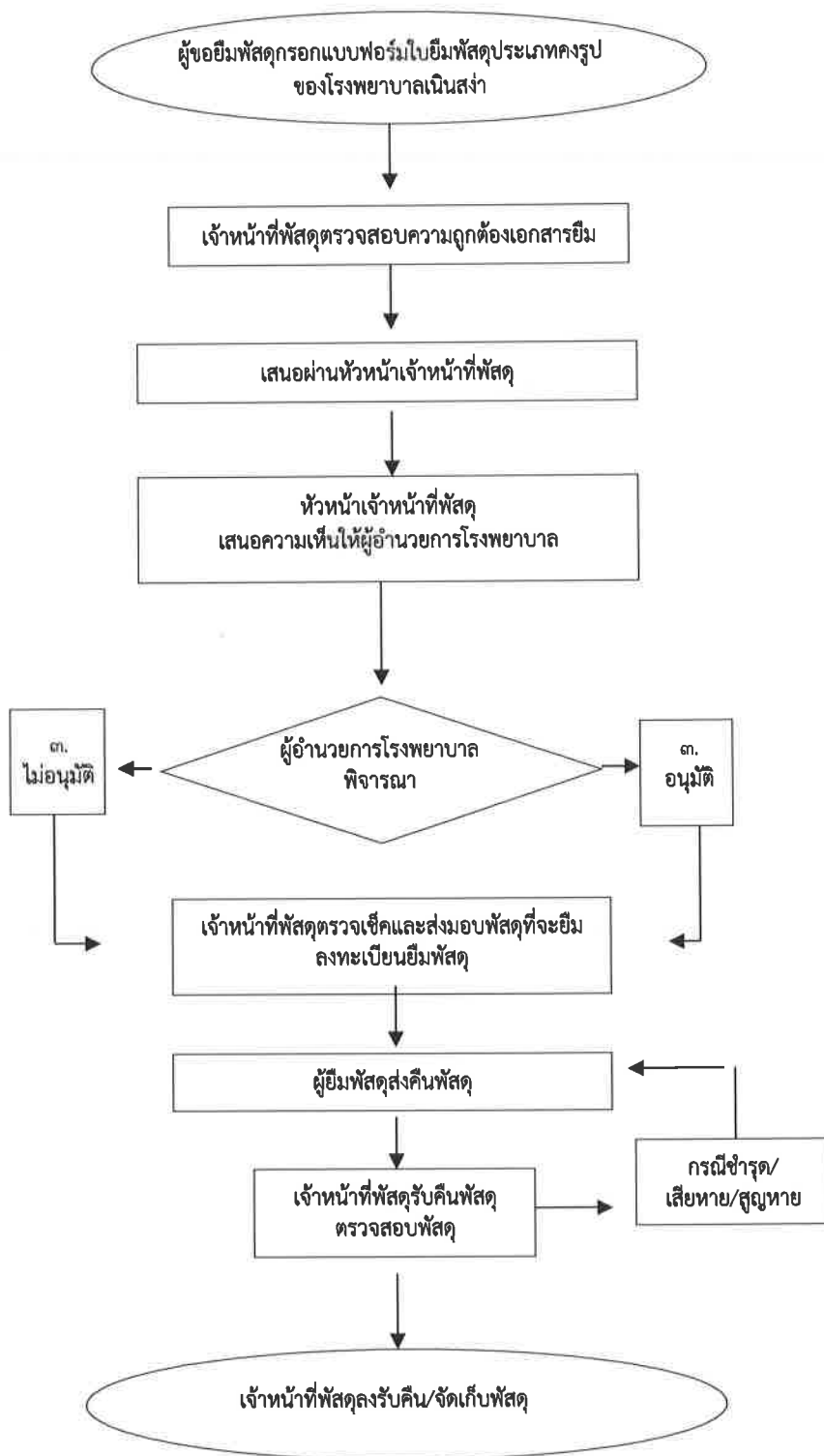


(นางสาวชวณี สิ้นสุวรรณนท์)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเนินสง่า

ผังกระบวนการยืมพัสดุประเภทคงรูป โรงพยาบาลเนินสง่า



**แบบฟอร์มใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป
ของโรงพยาบาลเนินสง่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ**

หน่วยงาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กอง/ศูนย์/กลุ่มงาน กรม

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

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ.....วัตถุประสงค์เพื่อ

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

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

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

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

ลงชื่อผู้ยืมพัสดุ

(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาวเจ้าหน้าที่พัสดุ

ยืมใช้ในหน่วยงานภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ยืมใช้ในหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อหัวหน้าพัสดุ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ

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

ลงชื่อ.....ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ

(.....)

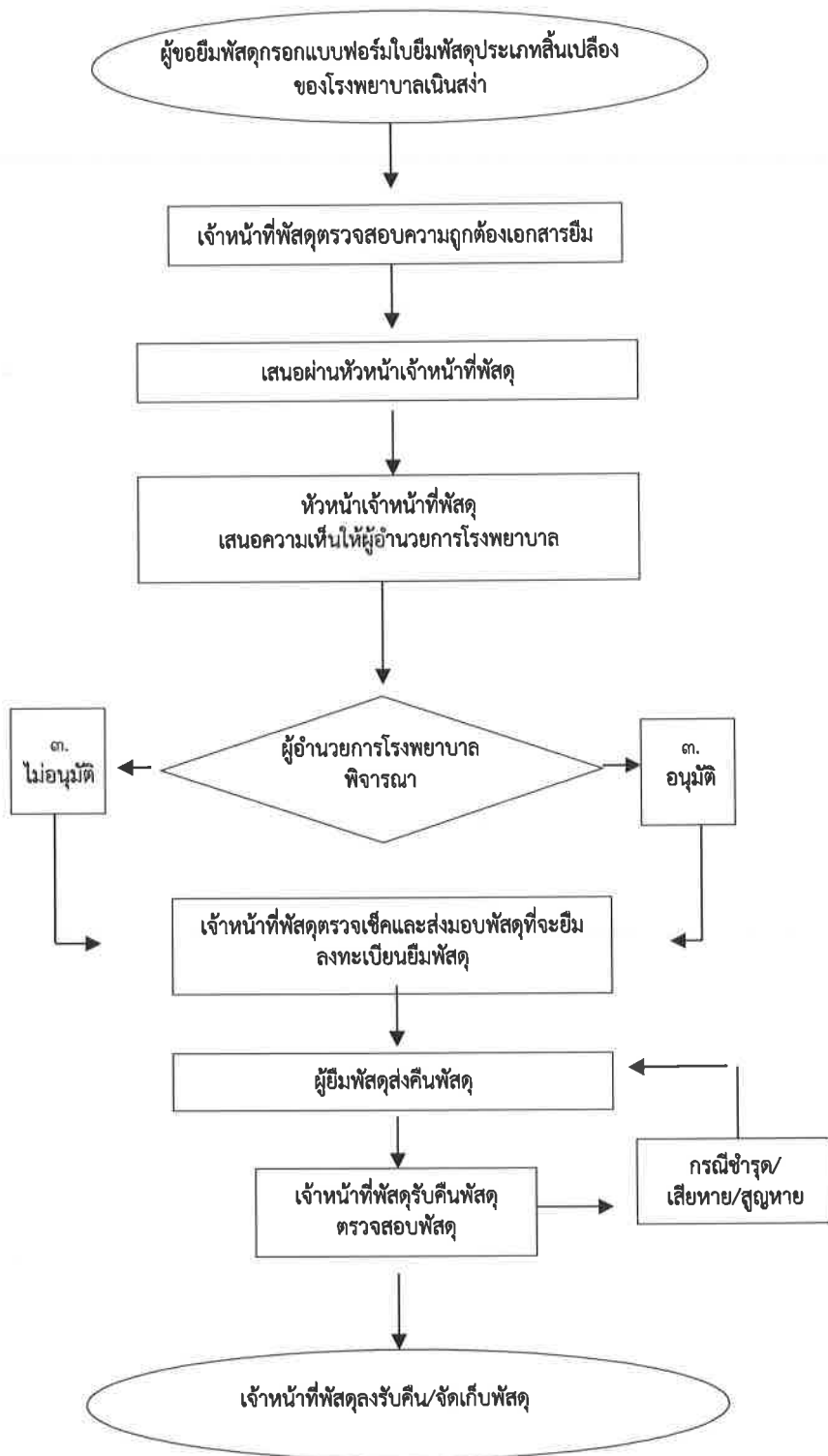
ได้รับพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ

(.....)

หมายเหตุ เมื่อครบกำหนดขืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด

ผังกระบวนการยืมพัสดุประเภทสิ้นเปลือง
โรงพยาบาลเนินสง่า



ใบยืมที่.....

ใบยืมพัสดุประเภทสิ้นเปลือง
โรงพยาบาลเนินสง่า

เขียนที่ โรงพยาบาลเนินสง่า

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____

หน่วยงาน _____ สังกัด _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุประเภทสิ้นเปลือง ตามรายการต่อไปนี้ จาก _____

เพื่อนำไปใช้ในกิจการของ _____

การยืมพัสดุ อยู่ในโรงพยาบาลเดียวกัน ระหว่างหน่วยงาน

ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ หมวด ๑๓ การบริหาร พัสดุ มาตรา ๑๑๓ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ หมวดที่ ๙ การบริหารพัสดุ ส่วนที่ ๒ การยืม ข้อ ๒๐๗, ข้อ ๒๐๘, ข้อ ๒๐๙, ข้อ ๒๑๐ และ ข้อ ๒๑๑ ทุกประการ

ที่	รายการ	จำนวน	เหตุผลความจำเป็น	กำหนดวันส่งคืน

รายการพัสดุตามที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าได้รับไว้ถูกต้องและจะส่งคืนตามวันเวลาดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ยืม
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุญาต
(.....)

ส่งคืนพัสดุที่ยืมเป็นที่เรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งคืน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน
(.....)