**แบบฟอร์มขอยืมพัสดุ / ครุภัณฑ์**

**ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช**

วันที่................................................................

เรื่อง ขอยืมพัสดุ/ครุภัณฑ์

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).................................................................ตำแหน่ง.................................................... กอง/ฝ่าย/งาน.........................................................................................เบอร์โทรศัพท์.....................................................มีความประสงค์ขอยืมพัสดุ / ครุภัณฑ์ ตามรายการดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | รายการ | จำนวน | หน่วย | หมายเลขพัสดุ / ครุภัณฑ์ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

เพื่อใช้ในงาน.......................................................................................................................................................................

สถานที่นำไปใช้...................................................................................................................................................................

ระหว่างวันที่.........................................................ถึงวันที่.........................................................รวมเป็นเวลา..................วัน

ข้าพเจ้าจะนำส่งคืนวันที่................................................หากพัสดุ / ครุภัณฑ์ ที่นำมาส่งคืนชำรุดเสียหายหรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้ายินดีจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิม โดยเสียค่าใช้จ่ายของตนเองหรือชดใช้เป็นพัสดุ / ครุภัณฑ์ ประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพต้องไม่น้อยกว่าของเดิม หรือชดใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม  
ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด

ลงชื่อ..................................................................ผู้ยืม

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

|  |  |
| --- | --- |
| **เรียน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11**  ❒ เห็นควรอนุมัติให้ยืม ❒ไม่สามารถให้ยืมได้เนื่องจาก......  .................................................  ลงชื่อ.............................................................เจ้าหน้าที่  (.........................................................)  วันที่........../...................................../................. | **การรับพัสดุ/ครุภัณฑ์คืน**  **ได้รับพัสดุตามรายการข้างต้นแล้ว เมื่อ**  วันที่............................................................  ❒ สภาพสมบูรณ์ ❒สภาพไม่สมบูรณ์  ❒ ครบถ้วนตามรายการ ❒ ไม่ครบ ขาด...............รายการ  ลงชื่อ..................................................................เจ้าหน้าที่  (...................................................................) |
| ❒ อนุมัติให้ยืมพัสดุ / ครุภัณฑ์ ❒ ไม่อนุมัติ  ลงชื่อ...............................................ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11  (................................................) หรือผู้รับมอบอำนาจ  วันที่........../...................................../................. | ลงชื่อ..................................................................ผู้ส่งคืน  (...................................................................)  วันที่........../...................................../................. |
| ***เรียน คณะกรรมการ ITA***  -เพื่อทราบ  ลงชื่อ.............................................เจ้าหน้าที่  (...........................................................) | |