

แบบฟอร์มการยืม-คืน ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์

กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลท่าวังผา

เบอร์โทรติดต่อ 158

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ / สกุล ตำแหน่ง

กลุ่มงาน / ฝ่าย มีความประสงค์จะขอยืมวัสดุครุภัณฑ์
เพื่อ

..... เป็นระยะเวลา ตั้งแต่

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

ดังมีรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	หมายเลขครุภัณฑ์	จำนวน	สภาพ / หมายเหตุ
(รวมจำนวน				

หมายเหตุ : หากอุปกรณ์เกิดการชำรุดหรือสูญหายด้วยกรณีใดๆ ผู้ยืมต้องรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ..... (ผู้ยืม)

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

วันที่ยืม

ลงชื่อ..... (ผู้ให้ยืม)

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

วันที่ให้ยืม

ลงชื่อ..... (ผู้คืน)

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

วันที่คืน

ลงชื่อ..... (ผู้รับคืน)

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

วันที่รับคืน

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

ผู้อนุมัติ