

เลขที่เอกสาร...../.....

แบบฟอร์ม การโอน/ย้าย ครุภัณฑ์

(ภายใน รพ.เท่านั้น)

โรงพยาบาลกระสัง อ.กระสัง จ.บุรีรัมย์

วันที่

หน่วยงานที่โอน

หน่วยงานที่รับการโอน

ลำดับ	การได้มาของครุภัณฑ์		ครุภัณฑ์			จำนวน /หน่วย	หมายเหตุ	
	วันตรวจรับ	แหล่งงบประมาณ	เลขครุภัณฑ์	ประเภท ครุภัณฑ์	รายละเอียด		ได้ ทดแทน	หมดความ จำเป็น

*ตามรายการข้างต้น ข้าพเจ้าจะบำรุงรักษาตลอดระยะเวลาการใช้งานเป็นอย่างดี ถ้าหากครุภัณฑ์เกิดการชำรุดสูญหายหรืออยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมใช้งาน ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ และจะรายงานให้งานพัสดุ ทราบต่อไป

ลงชื่อ ผู้โอน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ ผู้รับโอน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงทะเบียนคุมฯ การโอน-ย้าย ครุภัณฑ์ภายในหน่วยงานแล้ว

ลงชื่อ

(นางสุธาทิพย์ ชัยสุวรรณ)

นักวิชาการพัสดุ

วันที่

(กรณีทรัพย์สินของทางราชการสูญหาย)

หากมีการโอนย้ายโดยไม่มีเอกสารการโอนย้ายครุภัณฑ์
หัวหน้าหน่วยงานผู้รับผิดชอบครุภัณฑ์ ต้องชดใช้ค่าเสียหาย
ให้แก่โรงพยาบาลกระสัง

เรียน

- เพื่อโปรดทราบ / อนุมัติการโอนย้ายครุภัณฑ์

ลงชื่อ

(นางสาวริกา เชื้อสิงห์)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นายโสมนัส โกศลสวัสดิ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระสัง

หมายเหตุ

- ผู้โอนและผู้รับโอนจะต้องดำรงตำแหน่งตั้งแต่ระดับหัวหน้างานขึ้นไป
- การโอนและการรับโอนจะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อหัวหน้าเจ้าหน้าที่หน่วยงานได้ลงนามรับทราบการโอนนั้นด้วย

ใบยืมครุภัณฑ์

วันที่.....เดือนพ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....หน่วยงาน.....
 หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก (ที่ทำงาน).....มีความประสงค์จะยืม
 ครุภัณฑ์ของ..... เพื่อ.....
 ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ดังนี้
 ประเภทครุภัณฑ์.....จำนวน
 ยี่ห้อ/รุ่น.....
 ลักษณะครุภัณฑ์ (สี, ขนาด) (ถ้ามี).....
 หมายเลขครุภัณฑ์/หมายเลขเครื่อง.....
 อุปกรณ์ประกอบ (ถ้ามี) ได้แก่

(ลงชื่อ).....ผู้ยืมครุภัณฑ์
 (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้อนุญาต
 (.....)

ตามรายการที่ยืมนี้ ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี หากชำรุด เสียหาย ทำให้ครุภัณฑ์ดังกล่าวไม่อยู่ในสภาพ
 ที่ยืมไป หรือครุภัณฑ์ดังกล่าวสูญหายไป ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนครุภัณฑ์
 ภายในวันที่เดือน..... พ.ศ.....

ได้รับของแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อ).....ผู้รับของ
 (.....)

ได้รับของคืนแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อ).....ผู้รับคืน
 (.....)

ใบส่งคืนครุภัณฑ์

โรงพยาบาลกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....ตำแหน่ง.....

ขอส่งคืนสิ่งของตามรายการต่อไปนี้ ในนามของ กลุ่มงาน/ฝ่าย.....

ลำดับ ที่	หมายเลขครุภัณฑ์	รายการครุภัณฑ์	แบบ / ยี่ห้อ	จำนวน	เหตุผลที่ส่งคืนหรือ สภาพการชำรุด	
					ชำรุด เสื่อมสภาพ จากการใช้ งานปกติ	หมดความ จำเป็นใน การใช้งาน

รายการครุภัณฑ์ตามที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าได้จัดส่งคืนไว้ถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ส่งคืน
(.....)
ตำแหน่ง

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย
(.....)
ตำแหน่ง

ได้ตรวจสอบรายการส่งคืนเรียบร้อยแล้ว

ทราบ/ดำเนินการ

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน
(นางสุธาทิพย์ ชัยสุวรรณ)
ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ

ลงชื่อ.....
(นางสาวริกา เชื้อสิงห์)
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ