**ใบแจ้งซ่อม** เลขที่

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ส่วนที่(1)**  หน่วยงานผู้แจ้ง ศูนย์ทันตกรรมเขตเมือง เบอร์ 081-2663956  ชื่ออุปกรณ์ แอร์ผนัง tasaki 17,000 btu  (เครื่องมือแพทย์กรุณาระบุ ยี่ห้อและรุ่นโดยละเอียด)  หมายเลขครุภัณฑ์  (อุปกรณ์ที่มีหมายเลขครุภัณฑ์ กรุณาลงหมายเลข)  อาการที่ชำรุด แอร์มีแต่ลม  (กรุณาระบุโดยละเอียด พร้อมทั้งลงจำนวนของอุปกรณ์ที่เสีย)  ความเร่งด่วนในการซ่อม 1 (ลงหมายเลข)  1. งานเร่งด่วนฉุกเฉิน  2. งานไม่เร่งด่วน (ปกติ)  3. งานติดตั้งใหม่  ชื่อผู้แจ้งซ่อม นายไพศาล วิไลจิตเลิศ  ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมเขตเมือง  วันที่แจ้งซ่อม 9 เดือน พ.ค พ.ศ. 2561 | ส่งซ่อมเอกชน **ส่วนที่(3)**  **เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา**  เพื่อโปรดพิจารณา  ส่งซ่อมบริษัท/ห้างร้าน  โทร  (ลงชื่อ) หัวหน้าพัสดุ  (นางสีนวล วงศ์พันธุ์)  (ลงชื่อ) ผู้อำนวยการ รพ.  (นายจิรศักดิ์ วิจักขณาลัญฉ์)  ผู้ส่งซ่อม ผู้ส่งคืน  / / / /  ผู้รับซ่อม ผู้รับคืน  / / / / | | | |
| รายการขอเบิกวัสดุ/ซื้อ สำหรับการซ่อมมีดังนี้ **ส่วนที่(4)** | | | |
| ลำดับ | รายการ | จำนวน | ราคา |
|  |  |  |  |
| **ส่วนที่(2)**  ความคิดเห็นของหน่วยงานซ่อมบำรุง  ความเร่งด่วนในการซ่อม (ลงหมายเลข)  1. งานเร่งด่วนฉุกเฉิน 1-3 วัน  2. งานไม่เร่งด่วน (ปกติ) 3-7 วัน  3. งานติดตั้งใหม่  4. งานส่งภายนอก  อื่นๆ.  สาเหตุอาการชำรุด  แนวทางแก้ไข  วันที่ เดือน พ.ศ.  การดำเนินการ (ลงหมายเลข)  1. สามารถดำเนินการซ่อมได้ 2. ไม่สามารถดำเนินการซ่อมได้  3. เบิกทดแทนของเดิม 4.ส่งซ่อมภายนอก  5. จ้างเอกชน 6. ซื้อทดแทน  ช่างผู้รับผิดชอบ 1. 2.  (ลงชื่อ) หัวหน้าช่าง  ( ) |
|  |  |  |  |
| ค่าใช้จ่ายในการส่งซ่อม  ( )ค่าวัสดุ บาท ( )ไม่มีค่าใช้จ่าย  ( )ค่าจ้างเหมา บาท  (ลงชื่อ) /ผู้เบิก (ลงชื่อ) /ผู้เบิก/ผู้ซื้อ  (ลงชื่อ) /หัวหน้าพัสดุ  ( ) | | | |
| ผลการดำเนินงาน  ( )ซ่อมเสร็จแล้วส่งคืน วันที่ เดือน พ.ศ.  ( )จ้างเอกชนเข้ามาซ่อม วันที่ เดือน พ.ศ.  ผู้ดำเนินการ  ตำแหน่ง  ผู้ตรวจรับ  ตำแหน่ง | | | |
| คะแนนความพึงพอใจ 🖵1ปรับปรุงแก้ไข🖵2พอใช้🖵3ดี🖵4ดีมาก | | | |
| หมายเหตุ(ผู้ตรวจรับ)  หมายเหตุ(ผู้ดำเนินการ) | | | |

ใบแจ้งซ่อมส่งทาง Email : Main.debaratana@gmail.com