ใบคืนพัสดุ/ครุภัณฑ์

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

หน่วยงาน...ได้มีความประสงค์คืนครุภัณฑ์ตามบัญชีรายการ เพื่อจัดเก็บที่ศูนย์เครื่องมือ โรงพยาบาลเพ็ญ ส่งคืนวันที่..........เดือน..........................พ.ศ. ....

ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	หมายเลขครุภัณฑ์/ Serial Number	จำนวน	หมายเหตุในการส่งคืน

ลงชื่อ...ผู้คืน

(...)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

☐ ควรอนุมัติ ให้คืน

☐ ไม่สามารถให้คืนได้ เนื่องจาก...

....

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่

(...)

ได้รับคืนสิ่งของตามรายการข้างต้นในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อยและครบถ้วนตามจำนวนแล้ว

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่ดูแลพัสดุ/ครุภัณฑ์

(..)

วันที่................../................./..................

ลงชื่อ..หัวหน้าพัสดุ/ครุภัณฑ์

(..)

วันที่................../.................../................

อนุมัติ

ลงชื่อ...

(นางสาวยลลดา วิชิตนาค)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

เรียน หัวหน้าศูนย์เครื่องมือแพทย์

ขอส่งครุภัณฑ์ตามรายการข้างต้น เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ...เจ้าหน้าที่

(...)

วันที่................../.................../...................

ได้รับของตามรายการข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ...ผู้รับของ

(..)

วันที่................./................../...................