

ใบคืนพัสดุ/ครุภัณฑ์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หน่วยงาน.....ได้มีความประสงค์คืนครุภัณฑ์ตามบัญชีรายการ เพื่อจัดเก็บที่
ศูนย์เครื่องมือ โรงพยาบาลเพ็ญ ส่งคืนวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	หมายเลขครุภัณฑ์/ Serial Number	จำนวน	หมายเหตุในการส่งคืน

ลงชื่อ.....ผู้คืน
(.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่
☐ ควรอนุมัติ ให้คืน
☐ ไม่สามารถให้คืนได้ เนื่องจาก.....
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ได้รับคืนสิ่งของตามรายการข้างต้นในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อยและ
ครบถ้วนตามจำนวนแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ดูแลพัสดุ/ครุภัณฑ์
(.....)
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าพัสดุ/ครุภัณฑ์
(.....)
วันที่...../...../.....

อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(นางฉวีวรรณ ท้าวมะลิ)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

เรียน หัวหน้าศูนย์เครื่องมือแพทย์
ขอส่งครุภัณฑ์ตามรายการข้างต้น เพื่อดำเนินการในส่วนที่
เกี่ยวข้อง
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)
วันที่...../...../.....

ได้รับของตามรายการข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับของ
(.....)
วันที่...../...../.....