

ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป
(กรณียืมใช้ภายในหน่วยงานของรัฐ ยืมใช้ภายในสถานที่ของหน่วยงานของรัฐเดียวกัน
และการยืมไปใช้นอกสถานที่ของหน่วยงานของรัฐ)
ของโรงพยาบาลบ้านสร้าง

เลขที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอยืมพัสดุเพื่อใช้ในโครงการ / กิจกรรม.....

ณ สถานที่.....

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

และจะนำพัสดุส่งคืน ภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

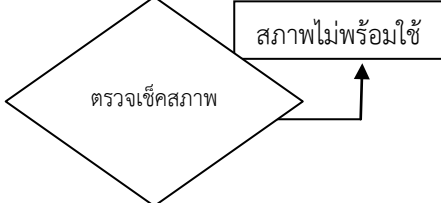
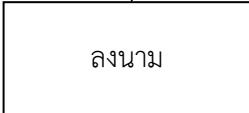
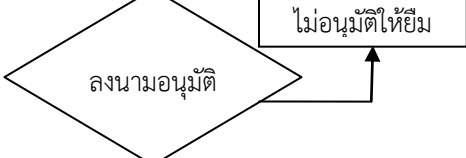
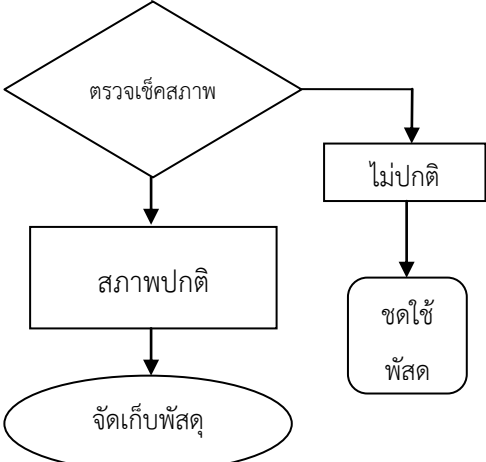
ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อ จัดจ้าง และการบริหารพัสดุ
ภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ หากสิ่งของที่นำมาส่งคืนชำรุดเสียหายหรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้ายินดีจัดการแก้ไข
ซ่อมแซมให้คงสภาพเดิม โดยเสียค่าใช้จ่ายของตนเองหรือขอใช้เป็นพัสดุประเภทชนิด ขนาด ลักษณะ และคุณภาพ
อย่างเดียวกัน หรือขอชดเชยเป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืมตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนดหรือราคาตาม
ทะเบียนคุมวัสดุ ครุภัณฑ์

ที่	รายการ / ยี่ห้อ / รุ่น (ระบุโดยละเอียด)	หมายเลขครุภัณฑ์

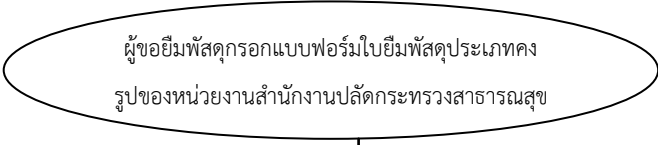
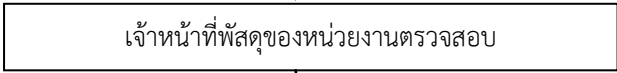
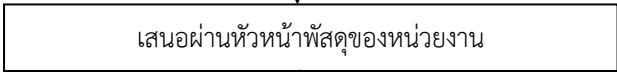
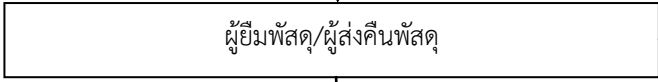
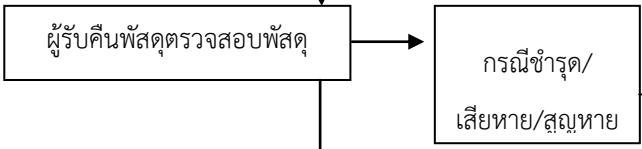
(ลงชื่อ).....ผู้ยืม
(.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ ☐ ครอบอนุญาตให้ยืมได้ ☐ ไม่ควรอนุญาตให้ยืม เพราะ..... (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ (.....)/...../.....	ได้รับพัสดุตามรายการข้างต้นครบถ้วนแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้ยืม (.....)/...../.....
ควรอนุญาตและมอบเจ้าหน้าที่ดำเนินการและตรวจสอบพัสดุ ส่งคืน (ลงชื่อ).....หัวหน้าหน่วยพัสดุ (.....)/...../.....	ได้รับคืนพัสดุดังตามรายการข้างต้นในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย และครบถ้วนแล้ว (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ (.....)/...../..... (ลงชื่อ).....ผู้ส่งคืน (.....)/...../..... (ลงชื่อ).....หัวหน้าหน่วยพัสดุ (.....)/...../.....

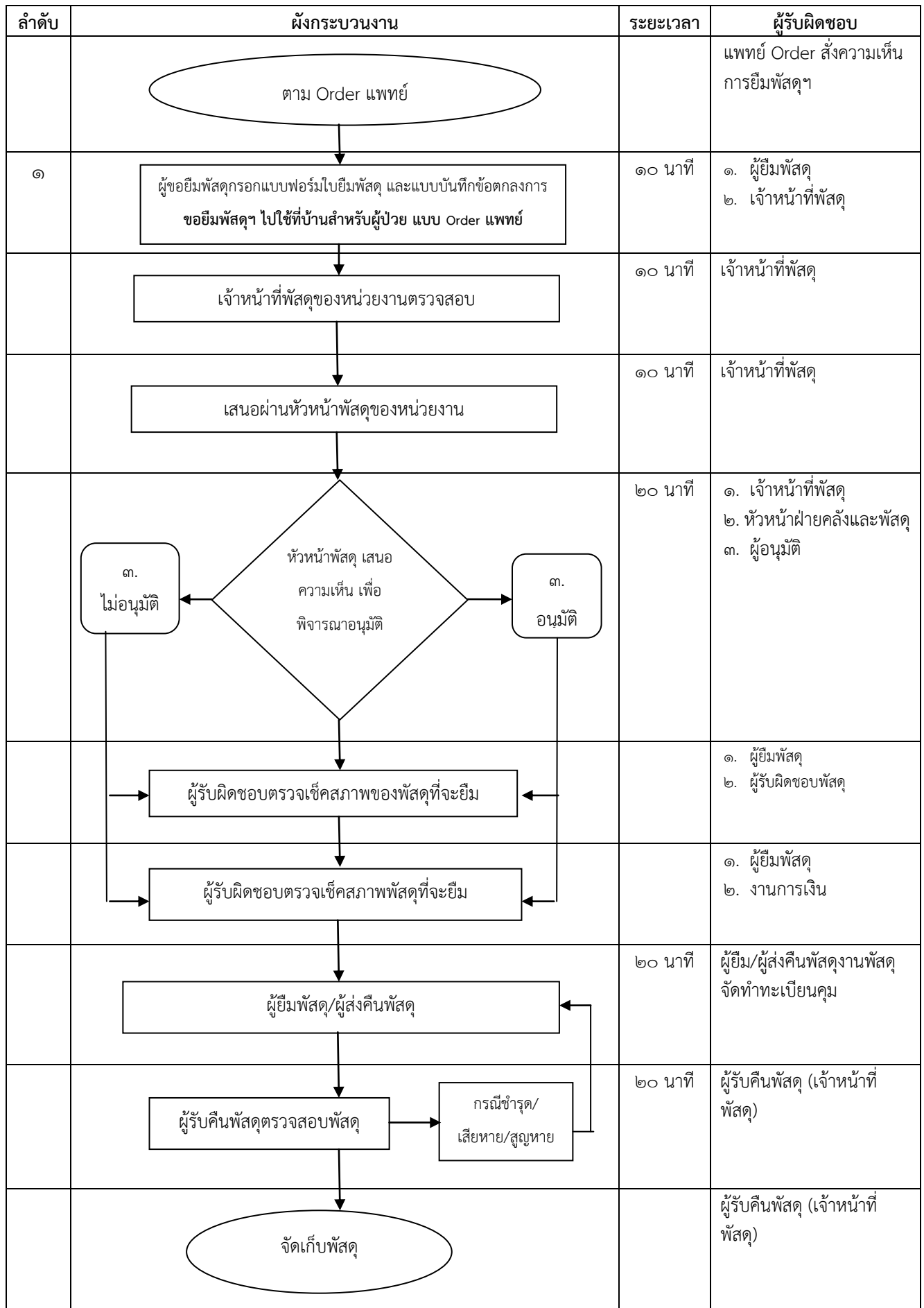
๒.๑ การยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป ระหว่างหน่วยงานของรัฐ ของโรงพยาบาลบ้านสร้าง
การยืมใช้ภายในสถานที่ ของหน่วยงานของรัฐเดียวกัน และมีผังกระบวนการยืมพัสดุ
ประเภทคงรูปของเจ้าหน้าที่รัฐของหน่วยงาน

ลำดับ	ผู้รับผิดชอบ	Flow Chart	ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการ
๑	ผู้ยืมพัสดุ		- กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มยืม/คืน ประเภทใช้คงรูป โดยระบุรายละเอียด ข้อมูลของผู้ยืม เหตุผลความจำเป็นที่ต้องใช้งาน - กำหนดการส่งคืนรายการที่ยืม พร้อมลงลายมือชื่อผู้ยืม
๒	หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างานงาน		ลงนามในแบบฟอร์มการยืม/ ประเภทใช้คงรูป
๓	เจ้าหน้าที่พัสดุ		รับใบยืม/คืนประเภทใช้คงรูปและ ตรวจสอบสภาพพัสดุตามรายการที่ผู้ยืม ขอยืม ว่ามีสภาพพร้อมใช้งานหรือไม่ถ้า สภาพพร้อมใช้งานให้เสนอแบบฟอร์มต่อ หัวหน้าเจ้าหน้าที่
๔	หัวหน้าเจ้าหน้าที่/ ผู้ได้ รับแต่งตั้ง		ลงนามในใบยืม/คืนประเภทใช้คงรูป
๕	หัวหน้าหน่วยงาน ของรัฐ		กรณียืมใช้ภายในสถานที่ให้เสนอหัวหน้า หน่วยงานของรัฐ ลงนามอนุมัติการยืม
๖	เจ้าหน้าที่พัสดุ		รับใบยืม/คืนประเภทใช้คงรูป พร้อม ตรวจสอบความถูกต้องและจัดเตรียมพัสดุ ตามใบยืม/คืนให้ผู้ยืม
๗	ผู้ยืม		นำพัสดุที่ยืมไปมาคืนแก่ผู้ให้ยืม
๘	เจ้าหน้าที่พัสดุ		- ตรวจสอบสภาพพัสดุตามรายการในใบยืม/คืน ว่าครุภัณฑ์นั้น มีสภาพที่ใช้งานได้ตามปกติหรือไม่ - พักที่ที่มีสภาพปกติให้รับคืนและจัดเก็บพัสดุนั้นไว้ - พักที่ไม่ได้อยู่ในสภาพปกติให้ผู้ยืมทำการขอใช้พัสดุนั้นตามระเบียบฯ

๒.๒ การยืมพัสดุประเภทใช้คงรูประหว่างหน่วยงานของรัฐ การยืมไปใช้นอกสถานที่ ของหน่วยงานของรัฐ และมีผังกระบวนการยืมพัสดุประเภทคงรูปของเจ้าหน้าที่รัฐ ของหน่วยงาน

ลำดับ	ผังกระบวนการงาน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑		๑๐ นาที	๑. ผู้ยืมพัสดุ ๒. เจ้าหน้าที่พัสดุ (ให้หน่วยงานของรัฐผู้ยืมทำหนังสือขอยืมล่วงหน้า)
		๑๐ นาที	เจ้าหน้าที่พัสดุ
		๑๐ นาที	เจ้าหน้าที่พัสดุ
		๒๐ นาที	๑. เจ้าหน้าที่พัสดุ ๒. หัวหน้าฝ่ายคลังและพัสดุ ๓. ผู้อำนวยการ หรือผู้ได้รับมอบหมาย
			๑. ผู้ยืมพัสดุ ๒. ผู้รับผิดชอบพัสดุ
			ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ
		๒๐ นาที	ผู้รับคืนพัสดุ (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
		๒๐ นาที	ผู้รับคืนพัสดุ (เจ้าหน้าที่พัสดุ)

**แผนผังขั้นตอนการยืมวัสดุ/อุปกรณ์/ครุภัณฑ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วย
และกลไกการกำกับติดตาม ของโรงพยาบาลบ้านสร้าง**



หมายเหตุ

เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ไปยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับตั้งแต่วันที่ครบกำหนด

ใบยืมพัสดุ / ครุภัณฑ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน (สำหรับผู้ป่วย)

เขียนที่...โรงพยาบาลบ้านสร้าง...จังหวัดปราจีนบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ตำแหน่ง/อาชีพ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก (ที่ทำงาน , มือถือ).....
มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุ/ครุภัณฑ์ของโรงพยาบาลนี้ เพื่อ.....
.....ในระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... รายการดังนี้

๑.
๒.
๓.
๔.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านสร้าง (ลงชื่อ).....ผู้ยืม
- เห็นควรอนุมัติให้ยืมพัสดุ / ครุภัณฑ์ (.....)
ตามรายการ ดังกล่าวข้างต้น

(ลงชื่อ).....หัวหน้าเจ้าหน้าที่
(.....)

เจ้าหน้าที่

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

(ลงชื่อ).....
(.....)

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง.....

ตามรายการที่ยืมนี้ ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี หากชำรุด เสียหาย ทำให้พัสดุ/ครุภัณฑ์ดังกล่าวไม่อยู่ใน
สภาพที่ยืมไปหรือพัสดุ/ครุภัณฑ์ดังกล่าวสูญหายไป ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะ
ส่งคืนพัสดุ/ครุภัณฑ์ ภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. วันเวลาราชการ

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับของ/ผู้ยืม
(.....)

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับคืน/เจ้าหน้าที่
(.....)

แบบบันทึกข้อตกลงการขอยืมพัสดุ / ครุภัณฑ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน (สำหรับผู้ป่วย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... ได้ดำเนินการยืม

☐ ถังออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์	จำนวน.....
☐ เกย์ออกซิเจน	จำนวน.....
☐ เครื่องผลิตออกซิเจน	จำนวน.....
☐ เตียง Flower	จำนวน.....
☐ ที่นอนลม/เครื่องดูดเสมหะ	จำนวน.....

ให้กับผู้ป่วยชื่อ.....
ที่อยู่.....ตั้งแต่วันที่.....
.....เดือน.....พ.ศ..... ถึง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าและญาติรับทราบเงื่อนไขและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าว ระหว่างการยืม.....สามารถ
โทรศัพท์ติดต่อข้าพเจ้าหรือญาติที่เบอร์.....

หากสิ่งของที่นำมาชำรุด เสียหายหรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้ายินดีจัดการแก้ไข ช่อมแซมให้คงสภาพ
เดิม โดยเสียค่าใช้จ่ายของตนเองหรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอเช่าใช้เป็นเงิน
ตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืมหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด

วันที่คืนถึงและอุปกรณ์วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งของ/เจ้าหน้าที่	ลงชื่อ.....ผู้ส่งของคืน/ผู้ยืม
ลงชื่อ.....ผู้รับของ/ผู้ยืม	ลงชื่อ.....ผู้รับของคืน/เจ้าหน้าที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุมัติ

หมายเหตุ :

๑. ครุภัณฑ์ที่ยืมไปนั้น เป็นสมบัติของโรงพยาบาลบ้านสร้าง ห้ามนำไปจำหน่ายหรือทำลายทั้งสิ้น มิฉะนั้นจะต้องได้ชดใช้
๒. หากมีปัญหาหรือมีข้อสงสัย สามารถติดต่อได้ที่เบอร์ ๐ ๓๗๒๗ ๑๒๓๘ ต่อ ๑๐๔ งานพัสดุ
๓. กรณีนำถังออกซิเจน+เกย์ออกซิเจน หรือเครื่องผลิตออกซิเจนมาคืนโรงพยาบาลบ้านสร้าง ขอความร่วมมือคืนอุปกรณ์ภายใน
วันและเวลาราชการ
๔. กรณีเกิดความเสียหายกับอุปกรณ์จากผู้ยืม ต้องชดใช้ตามราคา เกย์ ๒,๕๐๐ ถังออกซิเจน ๕,๐๐๐ เครื่องผลิต ๑๕,๐๐๐
เครื่องดูดเสมหะ ๒,๕๐๐



ที่ ปจ/.....

.....
.....
.....

วันที่.....

เรื่อง ขอยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป และพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองระหว่างหน่วยงานของรัฐ

เรียน แบบขอยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป ฯ จำนวน.....ฉบับ

ด้วย (หน่วยงานภาครัฐ).....มีความประสงค์ขออนุมัติยืม

() พัสตุคงรูป จำนวน.....รายการ

() พัสตุใช้สิ้นเปลือง จำนวน.....รายการ

โดยมีรายละเอียดการยืมตามแบบขอยืมพัสดุ ฯ แนบท้ายนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน.....

โทร. ๐ ๓๓๒๗ ๑๒๓๘ ต่อ ๑๐๔

โทรสาร ๐ ๓๓๒๗ ๑๒๓๘ ต่อ ๑๐๑