**ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป และพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐ  
ของหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลบางไทร กระทรวงสาธารณสุข**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยงาน** ........................................................................................................................ | | | | | | |
| **วันที่**.....................**เดือน**...........................................**พ.ศ.**........................ | | | | | | |
| **ข้าพเจ้า**.................................................................................**ตำแหน่ง.**.............................................................................................. | | | | | | |
| **กอง/ศูนย์/กลุ่มงาน** .....................................................................................**กรม** ............................................................................................. | | | | | | |
| **หมายเลขโทรศัพท์**...........................................................................**หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่**...................................................................... | | | | | | |
| มี**ความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ**...............................................................................**วัตถุประสงค์เพื่อ** ..................................................... | | | | | | |
| ..................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | |
| **ตั้งแต่วันที่**...............**เดือน**................................**พ.ศ.**................ **ถึงวันที่**...............**เดือน**................................**พ.ศ.**................... **ดังนี้** | | | | | | |
| **รายการ** | **จำนวน** | **ยี่ห้อ/รุ่น** | **หมายเลขเครื่อง**  **(serial Number)** | **หมายเลขครุภัณฑ์** | **ลักษณะพัสดุ**  **(สี/ขนาด) ถ้ามี** | **อุปกรณ์ประกอบ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **หมายเหตุ** หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ | | | | | | |
| ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือชดใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือชดใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม | | | | | | |
| ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่.............เดือน............................พ.ศ. ............. | | | | | | |
| ลงชื่อ ............................................................................ผู้ยืมพัสดุ  (...........................................................................) | | | | | | |
| **เสนอ** ผ่านหัวหน้าพัสดุ 🞏 ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาว ..................................................................................เจ้าหน้าที่พัสดุ | | | | | | |
| **🞏** ยืมใช้ในหน่วยงานภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | | | | | | |
| **🞏** ยืมใช้ในหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข | | | | | | |
| ลงชื่อ ..............................................................หัวหน้าพัสดุ ลงชื่อ........................................................................... ผู้อนุมัติ  (..............................................................) (.........................................................................)  ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ ........................................................................... | | | | | | |
| **🞏 ได้ส่งพัสดุคืนแล้ว**เมื่อวันที่.................... เดือน ........................................... พ.ศ. ...........................  ลงชื่อ.......................................................................... ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ  (.........................................................................) | | | | | | |
| **🞏 ได้รับพัสดุคืนแล้ว**เมื่อวันที่.................... เดือน ........................................... พ.ศ. ...........................  ลงชื่อ........................................................................... ผู้รับคืนพัสดุ  (.........................................................................) | | | | | | |
| **หมายเหตุ**  **เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน 7 วัน  นับแต่วันที่ครบกำหนด** | | | | | | |

**ผังกระบวนการยืมพัสดุประเภทคงรูปและพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐ**

**ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเฉพาะราชการบริหารส่วนกลาง**

**และราชการบริหารส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค**

**ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560**

**ข้อ 207 ถึงข้อ 209 (การยืม)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ผังกระบวนงาน** | **ระยะเวลา** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | ผู้ขอยืมพัสดุกรอกแบบฟอร์มใบยืมพัสดุประเภทคงรูป  ของหน่วยงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | 10 นาที | 1. ผู้ยืมพัสดุ  2. เจ้าหน้าที่พัสดุ |
|  | เจ้าหน้าที่พัสดุของหน่วยงานตรวจสอบ | 10 นาที | เจ้าหน้าที่พัสดุ |
|  | เสนอผ่านหัวหน้าพัสดุของหน่วยงาน ตามกรณีที่ยืม | 10 นาที | เจ้าหน้าที่พัสดุ |
|  | 3.อนุมัติ Z  3.  ไม่อนุมัติ Z  หัวหน้าพัสดุ เสนอความเห็น  เพื่อพิจารณาอนุมัติ | 20 นาที | 1. เจ้าหน้าที่พัสดุ  2.หัวหน้าฝ่ายคลังและพัสดุ  3. ผู้อำนวยการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย |
|  | ผู้รับผิดชอบตรวจเช็คสภาพของพัสดุที่จะยืม |  | 1. ผู้ยืมพัสดุ  2. ผู้รับผิดชอบพัสดุ |
|  | ผู้ยืมพัสดุ/ผู้ส่งคืนพัสดุ |  | ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ |
|  | กรณีชำรุด/เสียหาย/สูญหาย  ผู้รับคืนพัสดุตรวจสอบพัสดุ | 20 นาที | ผู้รับคืนพัสดุ(เจ้าหน้าที่พัสดุ) |
|  | จัดเก็บพัสดุ | 20 นาที | ผู้รับคืนพัสดุ(เจ้าหน้าที่พัสดุ) |