****

**แบบฟอร์มขอยืม คืน วัสดุ ครุภัณฑ์**

วันที่ เดือน พ.ศ.

 เรื่อง ขออนุมัติการยืมและคืน วัสดุ ครุภัณฑ์

 เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

 ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ตำแหน่ง(อาจารย์/บุคลากร/นักศึกษาชั้นปีที่ )

โทรศัพท์ สังกัดภาควิชา/หน่วยงาน ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .

 มีความประสงค์จะขอยืมวัสดุ/ครุภัณฑ์ เพื่อใช้ในการ ณ สถานที่ .

 ในวันที่ เดือน พ.ศ. และกำหนดส่งคืนภายในวันที่ เดือน พ.ศ.

 **โดยมีรายละเอียดดังนี้**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** |  **รายการ** | **จำนวนยืม** |  **รหัสวัสดุ/ครุภัณฑ์** | **จำนวนคืน** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ste3 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 ลงชื่อ ผู้ยืม

 ( )

 วันที่ เดือน พ.ศ.

|  |  |
| --- | --- |
| เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อโปรดพิจารณา (ลงชื่อ) . ( )  เจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการพยาบาล  วันที่ เดือน พ.ศ.  | ความเห็นของคณบดี  อนุมัติ  ไม่อนุมัติ . (ลงชื่อ) ผู้อนุมัติ  (รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์)  ตำแหน่ง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วันที่ เดือน พ.ศ.  |
| ห้องปฏิบัติการได้รับคืน วัสดุ ครุภัณฑ์เรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ . ( ) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาบาล  วันที่ เดือน พ.ศ.  |   ลงชื่อ . ( ) ผู้ส่งคืนวัสดุ ครุภัณฑ์ วันที่ เดือน พ.ศ.  |

**หมายเหตุ** วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ข้าพเจ้ายืมข้างต้นนี้ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน หากปรากฏว่าเมื่อข้าพเจ้านำมาส่งคืนมีการชำรุดหรือสูญหาย

 ข้าพเจ้ายินดีชดใช้ค่าเสียหายตามสภาพที่ชำรุดหรือสูญหาย โดยไม่มีข้อแม้ใดๆทั้งสิ้น