

ใบยืมพัสดุ
ประเภทใช้คงรูปและพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลือง
ของโรงพยาบาลท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

หน่วยงาน..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... กลุ่มงาน.....ฝ่าย..... หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่..... มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ (กลุ่มงาน)..... วัตถุประสงค์เพื่อ..... โดยนำไปใช้ที่ (สถานที่)..... ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ดังนี้						
รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง (serial Number)	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ (สี/ขนาด) ถ้ามี	อุปกรณ์ประกอบ

หมายเหตุหากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ
 ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะ และคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม
 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 ลงชื่อผู้ยืมพัสดุ
 (.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ☐ ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาวเจ้าหน้าที่พัสดุ

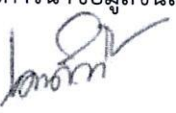
☐ ทราบ นาย/นาง/นางสาวหัวหน้าพัสดุ
☐ ยืมใช้ในสถานที่หน่วยงาน ☐ ยืมใช้นอกสถานที่หน่วยงาน ☐ ยืมใช้ระหว่างหน่วยงาน

ประเภทใช้คงรูป ๑. การยืมระหว่างหน่วยงาน จะต้องได้รับอนุมัติจากหัวหน้าหน่วยงานผู้ให้ยืม ๒. การยืมใช้ภายในสถานที่ ต้องได้รับอนุมัติจากหัวหน้าพัสดุ ๓. การยืมไปใช้นอกสถานที่ ต้องได้รับอนุมัติจากหัวหน้าหน่วยงาน	ประเภทใช้สิ้นเปลือง ให้กระทำได้เฉพาะ เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้พัสดุนั้นเป็นการรับด่วน ดำเนินการจัดหาได้ ไม่ทันการและหน่วยงานผู้ให้ยืมมีพัสดุนั้น ๆ พอที่จะให้ยืมได้ โดยไม่เป็นการเสียหาย แก่หน่วยงานของตน
---	--

ลงชื่อผู้อนุมัติ(หัวหน้าพัสดุ) ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ(หัวหน้าหน่วยงาน)
 (.....) (.....)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าชนะ
 ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี
☐ ได้ส่งพัสดุดีคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.
 ลงชื่อ.....ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ
 (.....)
☐ ได้รับพัสดุดีคืนแล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.
 ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ
 (.....)

หมายเหตุเมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ยืมไป

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการ
โรงพยาบาลท่าชนะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ตามประกาศโรงพยาบาลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานพ.ศ.๒๕๖๔
สำหรับหน่วยงานในราชการของ โรงพยาบาลท่าชนะ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลท่าชนะ	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ วัน/เดือน/ปี : ๕ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ หัวข้อ:....ขออนุญาตเผยแพร่แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน..... รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)EB ๑๕ ข้อ ๓ มีแบบฟอร์มใบยินยอมพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองระหว่างหน่วยงานของรัฐ..... Linkภายนอก:.. http://www.thachanahos.com หมายเหตุ:.....	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางสาวปานิสรา แสงเพชร) ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ วันที่.....๕.....เดือน.....มีนาคม... พ.ศ. ๒๕๖๔.	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายชuanกฤษณ์ เหล่ายัง) ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าชนะ วันที่...๕...เดือน...มีนาคม...พ.ศ. ๒๕๖๔. .
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นางสาวเกษร สิ้นประสงค์) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่...๕.....เดือน.....มีนาคม...พ.ศ.๒๕๖๔...	

คำอธิบายแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลท่าชนะ

หัวข้อ	คำอธิบาย
หน่วยงาน	หน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลท่าชนะเป็นผู้จัดทำและเผยแพร่ข้อมูล
วัน/เดือน/ปี	วันเดือนปีที่ขอนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่
หัวข้อ	กำหนดหัวข้อที่จะนำขึ้นเผยแพร่โดยให้มีใจความสำคัญ ที่มาจากเนื้อหาที่มีความยาวไม่เกิน ๒ บรรทัด
รายละเอียดข้อมูล	เลือกใช้คำอธิบาย/คำบรรยายที่มีความกระชับใช้ภาษา ที่เข้าใจง่ายและสะกดคำให้ถูกต้องตามอักขรวิธีเหมาะสม กับลักษณะรูปแบบข้อมูลแต่ละชนิด
Link ภายนอก	ให้ระบุ Link ที่อ้างอิงหรือนำมาใช้ในการเผยแพร่
หมายเหตุ	ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล (ผู้รายงาน)	ระบุลงลายมือชื่อหรือชื่อของผู้รับผิดชอบที่ได้มอบหมายจากหัวหน้า งาน/หัวหน้ากลุ่มงาน
ผู้อนุมัติรับรอง	ระบุลงลายมือชื่อของหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ (Web Master)	ระบุลงลายมือชื่อผู้ทำการ Upload ข้อมูลที่ได้รับมอบหมายจาก หัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข