

เลขที่.....  
วันที่.....

**ใบยืมพัสดุ**  
**สำนักงานเลขานุการกรม กรมการแพทย์**

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สังกัด..... ได้ยืมสิ่งของตามบัญชีรายการข้างล่างนี้จากสำนักงานเลขานุการกรม  
เพื่อ..... ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... และ  
จะนำส่งคืนในวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... หากสิ่งของที่นำมาส่งคืนเกิดการชำรุด เสียหาย  
ใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้ายินดีจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิม โดยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย  
ที่เกิดขึ้น หรือชดใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะ และคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือชดใช้เป็นเงินตามราคา  
ที่เป็นอยู่ในขณะยืมตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด

| ลำดับที่ | หมายเลขครุภัณฑ์ | รายการ | จำนวน | หมายเหตุ |
|----------|-----------------|--------|-------|----------|
|          |                 |        |       |          |
|          |                 |        |       |          |
|          |                 |        |       |          |
|          |                 |        |       |          |

☐ มีพัสดุพร้อมให้ยืม    ☐ ไม่มีพัสดุให้ยืม.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบ  
(.....)  
...../...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยืม  
(.....)  
...../...../.....

☐ อนุมัติ    ☐ ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการ  
(.....)  
...../...../.....

จ่ายของตามรายการแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายของ  
(.....)  
...../...../.....

ได้รับของตามรายการแล้ว

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

**ได้รับคืนสิ่งของตามรายการข้างต้นในสภาพคงเดิม  
เรียบร้อยและครบถ้วนแล้ว**

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

(ลงชื่อ).....ผู้ส่งคืน  
(.....)  
...../...../.....

ประจําปีงบประมาณ.....

[illegible]