

ใบยืมเลขที่...../.....

วันที่ยืมครุภัณฑ์.....

ใบยืมครุภัณฑ์
คณะทันตแพทยศาสตร์

เรียน รองคณบดีฝ่ายคลินิก

ข้าพเจ้า.....มีความประสงค์จะขอยืม

ครุภัณฑ์จากห้อง.....พัสดุ.....ไปใช้ที่.....

เพื่อใช้ในงาน.....กำหนดส่งคืนครุภัณฑ์วันที่.....ตามรายการต่อไปนี้

(ส่งคืนภายใน 15 วันนับถัดจากวันที่ยืม)

ลำดับ	รายการครุภัณฑ์	จำนวน	หมายเลขเครื่อง	หมายเลขครุภัณฑ์	หมายเหตุ

1. ผู้ยืม.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. หัวหน้า.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ความเห็น.....เสนอเพื่อพิจารณาอนุมัติ.....

.....

(ผศ.ทพญ.ดร.ฤดี สกุรักษ์ตะ)

ผู้ช่วยคณบดี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. ผู้อนุมัติ.....

(ผศ.ทพญ.ดร.จิตติมา พุ่มกลิ่น)

รองคณบดีฝ่ายคลินิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตามรายการที่ยืมนี้ ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี หากชำรุด เสียหาย ทำให้ครุภัณฑ์ดังกล่าวไม่อยู่ในสภาพที่ยืมไปหรือครุภัณฑ์

ดังกล่าวสูญหายไป ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนครุภัณฑ์ภายในวันที่.....

5. ผู้ส่งคืน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ผู้รับคืน.....

(นางสาวพัชรินทร์ เชื้อสะอาด)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....