



คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ใบยืมครุภัณฑ์

เลขที่ใบยืมครุภัณฑ์...../.....

วันครบกำหนดยืม.....

อาจารย์

เจ้าหน้าที่

นิสิต

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....รหัสประจำตัวนิสิต.....

เบอร์โทรศัพท์.....จะขอยืมครุภัณฑ์เพื่อใช้ใน.....ตามรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการครุภัณฑ์	จำนวน	หมายเลขเครื่อง	หมายเลขครุภัณฑ์	หมายเหตุ

ข้าพเจ้าสัญญาว่า ในการยืมครุภัณฑ์ครั้งนี้จะนำครุภัณฑ์นั้นมาส่งคืนในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดชำรุด เสียหาย หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าต้องดำเนินการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิม โดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือชดใช้เป็น ครุภัณฑ์ประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะ และคุณภาพอย่างเดียวกันหรือชดใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะที่ยืมตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด

( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ

ลงชื่อ.....ผู้ยืม  
(.....)

อาจารย์ประจำวิชา.....  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การตรวจสอบยอดครุภัณฑ์คงค้าง ณ วันที่.....

- ไม่มีครุภัณฑ์คงค้าง
- มีครุภัณฑ์คงค้าง.....ชิ้น

เอกสารผ่านการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่แล้ว

.....

(นางตรียานุช ผาติรงค์วิวัฒน์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อนุมัติให้ยืมครุภัณฑ์ตามเงื่อนไขข้างต้นได้

รองคณบดีฝ่ายคลินิกอนุมิติ.....

(อาจารย์ ทันตแพทย์หญิงพรสุดา หน่อไชย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รับครุภัณฑ์แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยืม

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบรับคืนครุภัณฑ์

ข้าพเจ้าได้คืนครุภัณฑ์ชื่อ.....จำนวน.....เครื่อง ไว้ถูกต้องแล้ว

ผู้คืน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้รับคืน.....นักวิชาการพัสดุ

(นางตรียานุช ผาติรงค์วิวัฒน์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายการส่งคืนครุภัณฑ์

ครั้งที่	วันเดือนปี	เลขที่ใบสำคัญคืน	จำนวนที่คืน	จำนวนที่ค้าง	ลายมือชื่อผู้ส่งคืน	ลายมือชื่อผู้รับคืน	เลขที่ใบยืม
1							
2							
3							
4							