เลขที่ใบคืนครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์...../.....

วัน/เดือน/ปี ที่คืน.....

ใบคืนครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์

คณะทันตแพทยศาสตร์

เรียน รองคณบดีฝ่ายบริหาร

ข้าพเจ้า.....มีความประสงค์จะขอคืนครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์

จากหน่วยงาน.....ห้อง .....เนื่องจาก.....ตามรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์	จำนวน	หมายเลขเครื่อง	หมายเลขครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์	สภาพครุภัณฑ์	หมายเหตุ

1. ผู้ส่งคืน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. หัวหน้า.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ความเห็น .....

.....

(.....)

ผู้ตรวจเช็ค (ช่าง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. ผู้อนุมัติ.....

(รศ.ทพญ.ดร.รุ่งอรุณ เกรียงไกร)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. ผู้รับคืน.....

(น.ส.พัชรินทร์ เชื้อสะอาด)

เจ้าหน้าที่พัสดุ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....