

**ใบยืมครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์
คณะทันตแพทยศาสตร์**

เรียน รองคณบดีฝ่ายคลินิก

ข้าพเจ้า.....มีความประสงค์จะขอยืม

ครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์จากห้อง.....พัสดุ.....ไปใช้ที่.....

เพื่อใช้ในการงาน.....กำหนดส่งคืนครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์วันที่.....ตามรายการต่อไปนี้

(ส่งคืนภายใน 15 วันนับถัดจากวันที่ยืม)

ลำดับ	รายการครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์	จำนวน	หมายเลขเครื่อง	หมายเลขครุภัณฑ์ฯ	หมายเหตุ

1. ผู้ยืม.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. หัวหน้า.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

.....

(ผศ.ทพญ.ดร.ฤดี สุกุลรัชตะ)

ผู้ช่วยคณบดี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. ผู้อนุมัติ.....

(ผศ.ทพญ.ดร.จิตติมา พุ่มกลิ่น)

รองคณบดีฝ่ายคลินิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตามรายการที่ยืมนี้ ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี หากชำรุด เสียหาย ทำให้ครุภัณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์ดังกล่าวไม่อยู่ในสภาพที่ยืมไป

หรือครุภัณฑ์ดังกล่าวสูญหายไป ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนครุภัณฑ์ภายในวันที่.....

5. ผู้ส่งคืน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ผู้รับคืน.....

(นางสาวพัชรินทร์ เชื้อสะอาด)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....