สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชาติตระการ

กระบวนการคลังพัสดุ

กรณียืมพัสดุ/ครุภัณฑ์

ผู้รับผิดชอบ	ขั้นตอน	ระยะเวลา
1.ผู้ยืมพัสดุ 2. นางสาววิยดา รอดพ่าย เจ้าหน้าที่พัสดุ	**ผู้ขอยืมพัสดุกรอบแบบฟอร์มใบยืมพัสดุประเภท.....ของหน่วยงานที่ขอยืม**	10 นาที - ตรวจสอบการปฏิบัติตามระเบียบหมวด 9 การยืมพัสดุ
นางสาววิยดา รอดพ่าย เจ้าหน้าที่พัสดุ	**เจ้าหน้าที่พัสดุตรวจสอบความ**	20 นาที - ตรวจสอบหลักฐานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
1.นางสาววิยดา รอดพ่าย เจ้าหน้าที่พัสดุ 2.นายประจักษ์ แจงทอง หัวหน้าหน่วยพัสดุ 3. นายธานี ถือแก้ว ผู้มีอำนาจหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย	**เสนอผ่านหัวหน้าพัสดุของหน่วยงาน ตามกรณีที่ยืม**	20 นาที 1. ตรวจสอบเอกสาร 2. เสนอผ่านหัวหน้าพัสดุ
	หัวหน้าพัสดุ เสนอความเห็นให้ผู้มีอำนาจเพื่อพิจารณาอนุมัติ	20 นาที
- แจ้งผู้ยืมพัสดุ	**ไม่อนุมัติ**	
	อนุมัติ	
	ผู้รับผิดชอบตรวจเช็คสภาพของพัสดุที่จะยืม	

ผู้รับผิดชอบ	ขั้นตอน	ระยะเวลา
1.ผู้ยืมพัสดุ 2. นางสาววิยดา รอดพ่าย เจ้าหน้าที่พัสดุ	**ผู้ยืมพัสดุ/ผู้ส่งคืนพัสดุ**	20 นาที
นางสาววิยดา รอดพ่าย เจ้าหน้าที่พัสดุ	**ผู้รับคืนพัสดุตรวจสอบพัสดุ**	20 นาที - ตรวจสอบพัสดุชำรุด/เสียหาย/สูญหายหรือไม่
นางสาววิยดา รอดพ่าย เจ้าหน้าที่พัสดุ	**จัดเก็บพัสดุ**	20 นาที 1. ลงบันทึกในทะเบียนคุม วัน เดือนปีที่ดำเนินการ
		20 นาที
	รวมเวลา	**100 นาที**

ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป และพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชาติตระการ

หน่วยงาน .....

วันที่.....**เดือน**.....**พ.ศ.**.....

ข้าพเจ้า.....**ตำแหน่ง.**.....

งาน ..... **กลุ่มงาน** .....

หมายเลขโทรศัพท์.....**หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่**.....

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ.....**วัตถุประสงค์เพื่อ** .....

.....

ตั้งแต่วันที่.....**เดือน**.....**พ.ศ.**..... **ถึงวันที่**.....**เดือน**.....**พ.ศ.**..... **ดังนี้**

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง (serial Number)	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ (สี/ขนาด) ถ้ามี	อุปกรณ์ประกอบ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้ หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือชดใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือชดใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ลงชื่อ .....ผู้ยืมพัสดุ

(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ☐ ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาว .....เจ้าหน้าที่พัสดุ

☐ ยืมใช้ในหน่วยงาน**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....**

☐ ยืมใช้ในหน่วยงานอื่นๆ**.....**

ลงชื่อ .....หัวหน้าพัสดุ ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ

(.....) (.....)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอชาติตระการ

☐ **ได้ส่งพัสดุคืนแล้ว**เมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลงชื่อ..... ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ

(.....)

☐ **ได้รับพัสดุคืนแล้ว**เมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลงชื่อ..... ผู้รับคืนพัสดุ

(.....)

หมายเหตุ
เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ครบกำหนด