ใบยืมเลขที่................  ที่ คณะแพทยศาสตร์

 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**ใบขออนุมัติยืมวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์**

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

**เรื่อง** ขออนุมัติยืมวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์

**เรียน** รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล

 ด้วยข้าพเจ้า ................................................................................................................ เกี่ยวข้องเป็น .................................

ของผู้ป่วย ชื่อ-สกุล ............................................................................................. HN ……………..………… AN ……………….……..…

สิทธิการรักษาพยาบาล....................................................... โทร......................................................................................................

ที่อยู่ .................................................................................................................................................................................................

มีความประสงค์ยืมวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ (palliative) ของโรงพยาบาลสุทธาเวช เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย

1. วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ขอยืม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | รายการ | จำนวน | ราคา | เลขครุภัณฑ์ | หมายเหตุ |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

2. มีความยินดีจ่ายเงินค่ามัดจำอุปกรณ์เหมาจ่าย เป็นจำนวนเงิน 2,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

3. ข้าพเจ้าจะส่งคืนวัสดุ/อุปกรณ์ที่ยืม ดังรายการข้างต้น ในสภาพเรียบร้อยให้แก่โรงพยาบาล เมื่อเสร็จสิ้นการดูแลผู้ป่วย

4. ในกรณีวัสดุ/อุปกรณ์ที่ยืมเกิดชำรุดเสียหาย ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าเสียหายตามความสมควรแก่ราคาวัสดุ/อุปกรณ์นั้นๆ

 ลงชื่อ....................................แพทย์ผู้ให้การรักษาลงชื่อ......................................พยาบาล ลงชื่อ .....................................ผู้ยืม

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

 ความเห็นผู้บังคับบัญชา

 อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

 ...............................................

ลงชื่อ.................................ผู้ให้ยืม (..................................................)

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

 **สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน**

 **การรับเงินค่ามัดจำ การคืนเงินค่ามัดจำ**

 รับเงินค่ามัดจำเป็นจำนวนเงิน ......................... บาท ข้าพเจ้า...................................................................ได้รับเงินค่ามัดจำคืน

 ลงชื่อ..................................ผู้รับเงิน จำนวน................บาท (................................................) เป็นที่เรียบร้อย

 (...........................................) ลงชื่อ...................................... ลงชื่อ........................................

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

 ลงชื่อ.............................. ผู้รับอุปกรณ์คืน ผู้รับเงินค่ามัดจำคืน ผู้จ่ายเงินค่ามัดจำคืน

 (.......................................) ...…../..….../…............ …....../...….../…...............

**หมายเหตุ** : 1. หลักฐานประกอบการยืม : บัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย,ญาติ

 2. ญาตินำใบยืม : ยื่นติดต่อจ่ายเงินค่ามัดจำอุปกรณ์ที่ห้องการเงิน

 (สำเนาใบยืมให้ญาติเก็บไว้เป็นหลักฐานมารับเงินค่ามัดจำอุปกรณ์คืน)

 3. ญาตินำใบยืม : ยื่นติดต่อรับอุปกรณ์

 4. ญาตินำใบยืมพร้อมอุปกรณ์ที่ยืม : ยื่นติดต่อรับเงินค่ามัดจำอุปกรณ์คืนที่ห้องการเงิน ในวัน เวลาราชการ