

**เลขที่เอกสาร.............../………….**

# **ใบการโอนครุภัณฑ์/วัสดุทางการแพทย์**

เรื่อง ขอการโอนครุภัณฑ์/วัสดุทางการแพทย์ วันที่...................................................

**หน่วยงานที่ขอโอน**  (กอง/สำนัก/แผนก) .............................................................................................................................................................

**หน่วยงานที่รับการโอน** (กอง/สำนัก/แผนก) ..............................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **หมายเลขครุภัณฑ์** | **รายการ** | **จำ นวน** | **หน่วยนับ** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 ลงชื่อ ........................................... ผู้โอน ลงชื่อ ............................................ ผู้รับโอน

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

 วันที่ ............................................ วันที่ ……………………………………..

 ลงชื่อ ............................................

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

 วันที่ ……………………………………....

####  **หมายเหตุ**

1. ผู้โอนและผู้รับโอนจะต้องดำรงตำแหน่งตั้งแต่ระดับหัวหน้ากอง/สำนัก หรือแผนกขึ้นไป
2. การโอนและการรับโอนจะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อหัวหน้าแผนกพัสดุได้ลงนามรับทราบการโอนนั้นด้วย
3. ให้เก็บแบบฟอร์มต้นฉบับการโอนไว้ที่แผนกพัสดุและสำเนาให้ผู้โอนและผู้รับโอนหน่วยละหนึ่งฉบับ

**ลงนามรับสำเนาแบบฟอร์มโอนวัสดุ/ครุภัณฑ์**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| หน่วย | **ลงนาม** | **วัน/เดือน/ปี** |
| **หน่วยงานผู้โอน** |  |  |
| **หน่วยงานผู้รับโอน** |  |  |