**ใบยืมที่........./............ **

**ใบยืมครุภัณฑ์/วัสดุทางการแพทย์**

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

เรื่อง ขอยืมครุภัณฑ์/วัสดุทางการแพทย์ วันที่........................................................

หน่วยงาน / แผนก ................................................เบอร์โทร........................... ขอยืมครุภัณฑ์ทางการแพทย์/วัสดุอุปกรณ์ ดังนี้

นำไปใช้ทบทวนในรายวิชา/โครงการ/กิจกรรม/อื่นๆระบุ .........................................................................................................

วันที่ .......... เดือน .................... ปี ............... เวลารับ ....................

วันที่ .......... เดือน .................... ปี ............... เวลาส่ง ....................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รหัสเครื่อง | รายการ | จำนวนที่ขอยืม | จำนวนที่จ่ายจริง | หน่วยนับ | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| รวมจำนวนทั้งสิ้น..............................รายการ เพิ่มเติมรายการหน้าถัดไป  มี  ไม่มี |
| ข้าพเจ้าได้รับทราบระเบียบการยืมแล้ว ยินดีปฏิบัติตามทุกประการ จะส่งคืนภายในวันเวลาตามที่กำหนด พร้อมทั้งยินดีจะรับผิดชอบ/ชดเชยต่อความเสียหายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับรายการที่ได้ยืมไปโดยไม่มีข้อต่อรองใดๆทั้งสิ้น  ยอมรับ  ไม่ยอมรับ |

(ลงชื่อ)...............................................ผู้ยืม (ลงชื่อ).....................................ผู้อนุมัติการยืม

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

ได้รับสิ่งของที่ขอยืมไปครบถ้วนตามจำนวนที่จ่ายจริง วัน/เดือน/ปี..............................

(ลงชื่อ).....................................ผู้รับของ (ลงชื่อ).....................................ผู้คืนของ (ลงชื่อ).....................................ผู้จ่ายของ

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

วัน/เดือน/ปี.............................. วัน/เดือน/ปี.............................. วัน/เดือน/ปี..............................