

เอกสารใบส่งซ่อมที่...../.....

แบบฟอร์มการส่งซ่อมครุภัณฑ์

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เขตพื้นที่ในเมือง) ตำบลตลาด

อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โทรศัพท์ : 043 021 021

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบครุภัณฑ์ หน่วย

สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ดำเนินการส่งซ่อมครุภัณฑ์ รายการดังนี้

ลำดับ	ชื่อพัสดุ	หมายเลขครุภัณฑ์/วัสดุ	อาการ
1			
2			
3			
4			
5			

ให้กับ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เป็นเจ้าของหน้าที / พนักงาน ของร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

รับไปดำเนินการแล้ว เมื่อดำเนินการแล้วผู้รับต้องส่งคืนพัสดุ รายการข้างต้น ให้ครบถ้วนตามจำนวน

.....ผู้ส่งซ่อม

.....ผู้รับซ่อม

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

วันที่ เดือน พ.ศ.

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ เดือน พ.ศ.