**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี**

**ใบยืมพัสดุ**

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

 ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ............................................................................ สาขาวิชา ......................................................

เบอร์โทรศัพท์ ............................................. ขอยืมสิ่งของตามรายการต่อไปนี้ เพื่อ ............................................................................

ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2538(ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2539(ฉบับที่ 4 ) พ.ศ. 2541(ฉบับที่ 5 ) พ.ศ. 2542(ฉบับที่ 6 ) พ.ศ. 2545ข้อ 146-150 ทุกประการ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **จำนวน** | **เหตุผลและความจำเป็น** | **วันที่ยืม** | **กำหนดส่งคืน** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 รายการพัสดุตามที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าได้รับไว้ถูกต้องและจะส่งคืนพัสดุคณะฯ ตามวันและเวลาดังกล่าว หากพัสดุที่ข้าพเจ้าได้ยืมไปเกิดชำรุด สูญหาย ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้ตามที่คณะฯ กำหนดครบเท่าราคาซื้อ

ลงชื่อ..........................................................ผู้ตรวจสอบก่อนนำออก

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

 ผู้ดูแลห้องปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....................................................................ผู้ยืม

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

ลงชื่อ.................................................................ผู้ให้ยืม

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

ลงชื่อ...................................................................ผู้ส่งคืน

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

ลงชื่อ..................................................................ผู้รับคืน

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

ลงชื่อ..........................................................ผู้ตรวจสอบรับเข้า

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

 ผู้ดูแลห้องปฏิบัติการ