



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลคลองใหญ่ กลุ่มงานบริหารทั่วไป-งานพัสดุ โทร. ๐ ๓๙๕๑ ๓๕๖๑,๐ ๓๙๕๑ ๓๕๖๒

ที่ ตร ๐๐๓๒.๓๐๑ / ๐๙

วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติแจ้งประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานถือปฏิบัติตามแบบฟอร์มการยื่นพัสดุแบบคงรูปและ
สิ้นเปลือง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองใหญ่

เรื่องเดิม

ตามที่ รัฐบาลกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินการตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment-ITA) ประเด็นหน่วยงานมีการกำหนดมาตรการ กลไก หรือวาระระบบในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมความโปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้างนั้น

ข้อเท็จจริง

กลุ่มงานบริหารทั่วไป-งานพัสดุ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จึงได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติการยื่นพัสดุตามแบบฟอร์มการยื่นพัสดุในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน ไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการทุจริตในรูปแบบหนึ่ง ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อเสนอพิจารณา

เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การขออนุญาตเพื่อพิมพ์ทรัพย์สินของราชการไปใช้ปฏิบัติงาน เห็นควรอนุมัติแบบฟอร์มใบยื่นพัสดคงรูป และสิ้นเปลือง ให้หน่วยงานภายในหน่วยงานของรัฐ และนอกหน่วยงานถือปฏิบัติในการดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารพัสดุ กรณีการยื่นพัสดุของหน่วยงานเป็นไปอย่างถูกต้อง ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วย การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณ

(นางจันทิมา มัยพล)

พนักงานพัสดุ ส.๒

เจ้าหน้าที่

(นายไชยยศ สิงห์เสนห์)

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

(นายประพนธ์ พันธุ์ประเสริฐ)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองใหญ่

**ใบยืมพัสดุประเภทใช้คงรูป
สำหรับโรงพยาบาลคลองใหญ่**

หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กอง/ศูนย์/กลุ่มงาน.....กรม.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....

มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ.....วัตถุประสงค์เพื่อ.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ดังนี้

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง (Serial Number)	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ (สี/ขนาด)ถ้ามี	อุปกรณ์ประกอบ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนไว้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ
(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ☐ ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าหน้าที่พัสดุ

☐ ยืมใช้ในหน่วยงานโรงพยาบาลคลองใหญ่

☐ ยืมใช้ภายนอกหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อหัวหน้าพัสดุ
(.....)

ลงชื่อผู้อนุมัติ
(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ.....

☐ ได้ส่งพัสดुकินแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ
(.....)

☐ ได้รับพัสดुकินแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ
(.....)

หมายเหตุ

เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ให้ยืมไป คืนภายใน ๗ วันนับแต่วันที่ครบกำหนด

**ใบยืมพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของเจ้าหน้าที่รัฐของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำหรับโรงพยาบาลคลองใหญ่**

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

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
กอง/ศูนย์/กลุ่มงาน.....กรม.....
หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....
มีความประสงค์จะขอยืมพัสดุของ.....วัตถุประสงค์เพื่อ.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ดังนี้

รายการ	จำนวน	ยี่ห้อ/รุ่น	หมายเลขเครื่อง (Serial Number)	หมายเลขครุภัณฑ์	ลักษณะพัสดุ (สี/ขนาด)ถ้ามี	อุปกรณ์ประกอบ

หมายเหตุ หากกรอกรายการไม่เพียงพอให้เขียนในใบแนบ

ตามรายการที่ยืมข้างต้น ข้าพเจ้าจะดูแลรักษาเป็นอย่างดี และส่งคืนให้ในสภาพที่ใช้การได้เรียบร้อย หากเกิดการชำรุด หรือใช้การไม่ได้หรือสูญหายไป ข้าพเจ้าจะจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิมโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือขอใช้เป็นพัสดุประเภท ชนิด ขนาด ลักษณะและคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆทั้งสิ้น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะส่งคืนพัสดุ ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้ยืมพัสดุ
(.....)

เสนอ ผ่านหัวหน้าพัสดุ ☐ ตรวจสอบแล้วโดย นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าหน้าที่พัสดุ

☐ ยืมใช้ในหน่วยงานภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

☐ ยืมใช้ในหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อ.....หัวหน้าพัสดุ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ.....

☐ ได้ส่งพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้ยืม/ผู้ส่งคืนพัสดุ
(.....)

☐ ได้รับพัสดุคืนแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนพัสดุ
(.....)

หมายเหตุ

เมื่อครบกำหนดยืม ให้ผู้อนุมัติให้ยืมหรือผู้รับหน้าที่แทนมีหน้าที่ติดตามทวงพัสดุที่ยืมไป คืนภายใน ๗ วันนับแต่วันที่ครบกำหนด