

**ใบยืม-คืน วัสดุครุภัณฑ์ทางการพยาบาล**

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

ด้วยฝ่าย..............................................มีความประสงค์.........................................................................  
ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการที่ขอเบิก | จำนวน | หน่วยนับ | จำนวนที่ขอเบิก | | หมายเหตุ |
| เบิก | จ่าย |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(ลงชื่อ)...........................................ผู้ขอยืม (ลงชื่อ)......................................รองคณบดีฝ่ายสิ่งสนับสนุนฯ  
 ( ) ( )  
วันที่.............../................../................... วันที่.............../................../...................

ผู้ให้ยืม ได้จ่ายของตามใบยืมแล้ว ได้รับของตามใบยืมแล้ว

(ลงชื่อ)...........................ผู้ให้ยืม (ลงชื่อ)...........................ผู้จ่าย (ลงชื่อ).............................ผู้รับ  
 ( ) ( ) ( )   
วันที่........./................/............ วันที่........./................/............ วันที่........./................/............

ได้คืนของตามใบยืมแล้ว

(ลงชื่อ).............................ผู้คืน  
 ( )

วันที่........./................/............