

**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........./................/............