

เลขที่.....



ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ พร.

โทร. ๐๒-๔๖๐-๐๐๐๐ ต่อ ๔๑๒๗๗

## แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์/ครุภัณฑ์จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ยศ .....

สังกัด ..... โทรศัพท์ภายใน..... โทรศัพท์มือถือ .....

มีความประสงค์จะขอรับการสนับสนุน  หุ่นจำลอง  เครื่องมือ  วัสดุ/อุปกรณ์  ครุภัณฑ์

๑. .... รหัส ..... จำนวน .....

๒. .... รหัส ..... จำนวน .....

๓. .... รหัส ..... จำนวน .....

โดยนำไปใช้ที่ ..... ในวันที่ .....

มีวัตถุประสงค์เพื่อ.....

ขอรับอุปกรณ์ในวันที่ ..... ส่งคืนภายในวันที่ .....

ทั้งนี้ ผู้ขอรับการสนับสนุนจะช่วยดูแลรับผิดชอบสิ่งที่ยืมในช่วงที่ขอใช้ หากเกิดการชำรุดเสียหาย

จะแจ้งให้ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาทราบโดยทันที และยินยิตร์รับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้น

ลงชื่อ.....ผู้ขอสนับสนุน ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

(.....)

...../...../.....

...../...../.....

สำหรับคืนอุปกรณ์	สำหรับศูนย์แพทยศาสตรศึกษารับคืนอุปกรณ์
ข้าพเจ้า ..... ขอส่งคืน	ข้าพเจ้า .....
.....	ตรวจสอบอุปกรณ์ที่รับคืนแล้วพบว่า
.....	<input type="checkbox"/> ไม่มีตำหนิหรือชำรุด <input type="checkbox"/> มีตำหนิหรือชำรุดที่
ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ส่งคืนแล้วพบว่า	.....
<input type="checkbox"/> ไม่มีตำหนิหรือชำรุด <input type="checkbox"/> มีตำหนิหรือชำรุดที่	.....
.....	.....
.....	.....
ลงชื่อ.....ผู้คืน	ลงชื่อ.....ผู้รับคืน
...../...../.....	...../...../.....

หมายเหตุ กรุณาแจ้งศูนย์แพทยศาสตรศึกษา และทำบันทึกการขอรับการสนับสนุนก่อนวันที่ต้องการใช้งาน

อุปกรณ์อย่างน้อย ๓ วันทำการ