ใบยืมครุภัณฑ์ทางการแพทย์

หน่วยงานผู้ขอยืม..... วันที่ขอยืม..... เวลาที่ขอยืม.....

ขอยืมครุภัณฑ์ทางการแพทย์จากหน่วยงาน.....

เนื่องจาก.....

วันที่คืนครุภัณฑ์ทางการแพทย์..... เวลาที่คืนครุภัณฑ์ทางการแพทย์.....

ชื่อผู้ขอยืม..... ตำแหน่ง..... โทรศัพท์ภายใน.....

ที่	ชนิดเครื่องมือ	จำนวน	ID CODE	เลขครุภัณฑ์	ยี่ห้อ	รุ่น	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ยืม ลงชื่อ.....ผู้ส่งคืน ลงชื่อ.....

( ) ( ) ( )

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง...ช่างเครื่องมือแพทย์...

ใบยืมครุภัณฑ์ทางการแพทย์

หน่วยงานผู้ขอยืม..... วันที่ขอยืม..... เวลาที่ขอยืม.....

ขอยืมครุภัณฑ์ทางการแพทย์จากหน่วยงาน.....

เนื่องจาก.....

วันที่คืนครุภัณฑ์ทางการแพทย์..... เวลาที่คืนครุภัณฑ์ทางการแพทย์.....

ชื่อผู้ขอยืม..... ตำแหน่ง..... โทรศัพท์ภายใน.....

ที่	ชนิดเครื่องมือ	จำนวน	ID CODE	เลขครุภัณฑ์	ยี่ห้อ	รุ่น	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ยืม ลงชื่อ.....ผู้ส่งคืน ลงชื่อ.....

( ) ( ) ( )

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง...ช่างเครื่องมือแพทย์...