

เลขที่รับแบบ...............................
วันที่รับ.......................................

  **แบบแสดงความต้องการใช้พัสดุ**

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

 ข้าพเจ้า…………………………………..…….………………….ตำแหน่ง..............................................................มีความต้องการใช้พัสดุเพื่อใช้ในงาน □ โครงการ/กิจกรรม.........................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................................

 □ อยู่ในแผนปฏิบัติการปี............... รหัสโครงการ................................หน้า........................ □ ไม่มีในแผนปฏิบัติการ

(ผู้ขอใช้พัสดุ โปรดระบุ ชื่อ-สกุล ผู้ตรวจรับ/กรรมการ ซึ่งเป็นข้าราชการ กรณี **วงเงินเกิน** 100,000.- บาท **ระบุ 3 คน** หาก **วงเงินต่ำกว่า** 100,000.- **ระบุ 1 คน**)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ****(ระบุลักษณะที่ต้องการโดยละเอียด)** | **จำนวน** | **ราคารวม****โดยประมาณ** | **ระบุวัน เดือน ปี****ที่ต้องการใช้** | **ผู้ตรวจรับพัสดุ/****กรรมการตรวจรับพัสดุ** | **จนท.พัสดุลงข้อมูล** |
| **(หน่วย)** | สถานะพัสดุในคลัง |
| **มี** | **ไม่มี** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**โดยเบิกจ่าย จาก □ เงินอุดหนุน □ เงินรายได้ □ อื่น ๆ..............................................** วงเงินไม่เกิน.................................................บาท
 **2) รองฯกลุ่มงาน**........................................................... **ตรวจสอบ**

1. **ลงชื่อผู้เสนอความต้องการใช้พัสดุ**
 .............................................................

 (..................................................................)

 วันที่......................................................................

 **□** ตรวจสอบแล้วถูกต้องตามแผนปฏิบัติการฯ

  **□** ไม่มีในแผนปฏิบัติการ และมีความจำเป็นต้องใช้พัสดุ

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

**4)** **เรียนผู้อำนวยการ**

 **เพื่อโปรดพิจารณาสั่งการ**

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

 (…………………………………………………………….)

 วันที่..............................................................................

 (................................................................)
 วันที่..............................................................................

**3) หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ ตรวจสอบ**
 □ ถูกต้องตามแผนปฏิบัติการ
 □ ไม่มีในแผนปฏิบัติการ (ให้ระบุความเห็น) ..............................................................................................
(ลงชื่อ)..................................................................................
 (.............................................................................)

วันที่...........................................................................

**5) ความคิดเห็นผู้บริหาร**

  **O อนุมัติ O ไม่อนุมัติ**
 **ลงนาม** ……………………………………………………………………

ปรับปรุง ธค. 2562