

แบบฟอร์มยืมพัสดุประเภทคงรูปของโรงพยาบาลกะพ้อ

ใบยืมอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน
โรงพยาบาลกะพ้อ อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี

ลำดับที่.....
สถานะ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....HN.....
เลขที่ประจำตัวบัตรประชาชน.....สิทธิ.....
เพศ ชาย หญิง สถานภาพสมรส..... วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน..... ที่อยู่ตามที่อยู่ปัจจุบัน
เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
ชื่อ-สกุล ผู้ดูแลในปัจจุบัน.....มีความสัมพันธ์เป็น.....
ที่อยู่ของผู้ดูแล.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ยืมอุปกรณ์

- ถังออกซิเจน (๑,๐๐๐ บ.) จำนวน.....
 - เครื่องดูดเสมหะ (๕๐๐ บ.) จำนวน.....
 - เจลนางฟ้า (๑๐๐ บ.) จำนวน.....
 - ไม้เท้าสี่ขา (walker ๑๐๐ บ.) จำนวน.....
 - ไม้ค้ำยัน (๑๐๐ บ.) จำนวน.....
 - อื่นๆ(ระบุ).....จำนวน.....
 - เครื่องผลิตออกซิเจน (๑,๐๐๐ บ.) จำนวน.....
 - เบาะลม (๕๐๐บ.) จำนวน.....
 - รถเข็น (Wheelchair ๕๐๐ บ.) จำนวน.....
 - ไม้เท้าสามขา (Tripod cane๑๐๐บ.) จำนวน.....
 - เก้าอี้นั่งถ่าย (๑๐๐ บ.) จำนวน.....
- เมื่อวันที่...../...../..... ณ
- จำนวนเงินมัดจำ.....บาท(.....)

คืนอุปกรณ์

เมื่อวันที่...../...../..... ณ

คืนเงินมัดจำ จำนวน.....บาท(.....)

โดยข้าพเจ้ายอมรับและจะปฏิบัติตามเงื่อนไขดังนี้

๑. อุปกรณ์ที่ได้นับถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลกะพ้อ
๒. ห้ามนำไปจำหน่าย จ่าย โอน ให้ผู้อื่น โดยไม่ได้รับการอนุญาตจากโรงพยาบาลกะพ้อ
๓. จะใช้และดูแลรักษาอุปกรณ์เป็นอย่างดีและเหมาะสม
๔. เมื่อไม่ใช้หรือหายจากอาคารที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วย/ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอุปกรณ์หรือญาติต้องนำส่งอุปกรณ์ ดังกล่าวคืนให้โรงพยาบาลกะพ้อโดยเร็ว

ลงชื่อ.....ผู้พิการ/ผู้รับมอบ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มอบ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบฟอร์มยืมพัสดุประเภทใช้สิ้นเปลืองของโรงพยาบาลกะพ้อ

โรงพยาบาลกะพ้อ
อ.กะพ้อ จ.ปัตตานี ๙๙๒๓๐

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอเบิกยา/เวชภัณฑ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี

เนื่องจากโรงพยาบาลกะพ้อมียาบางอย่างที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย จึงขอเบิกยาดังกล่าวจาก
โรงพยาบาลปัตตานี ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวนที่ เบิก	จำนวนที่ ได้รับ	ราคา/ หน่วย	ราคารวม
๑.					
๒.					
๓.					

รวม รายการ

เป็นเงิน..... บาท

ลงชื่อ..... ผู้เบิก
(นายนิอายุบ นิเงาะ)
ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการพิเศษ
วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการเห็นควรพิจารณาอนุญาต
ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

อนุญาตให้ยืมได้

ได้รับยา/เวชภัณฑ์ตามรายการครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่.....

วันที่คืนยา/เวชภัณฑ์

ผู้คืน.....

หมายเหตุ :

โรงพยาบาลกะพ้อ
อ.กะพ้อ จ.ปัตตานี ๙๔๒๓๐

วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเบิกยา/เวชภัณฑ์

เรียน ผู้อำนวยการ รพ.ปัตตานี

เนื่องจากโรงพยาบาลกะพ้อมียาบางอย่างที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย จึงขอเบิกยาดังกล่าวจาก
รพ.ปัตตานี ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวนที่ เบิก	จำนวนที่ ได้รับ	ราคา/หน่วย	ราคารวม
๑	Ampicillin + sulbactam ๑.๕ gm	๑๖	1๖x1V.	74.9	1198.40
๒	Cefoperazone + sulbactam	๒๔	24x1V.	28.89	693.36
๓	Levoflox ๗๕๐ mg inj.	๔	4V.	299.6	1,198.40
			Refer back		
					3090.16

รวม ๓ รายการ

เป็นเงิน สามพัน หนึ่งร้อยเก้าสิบแปด บาท

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(นายนิอาฮุบ นิงะ)

ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการพิเศษ

วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรียน ผู้อำนวยการเห็นควรพิจารณาอนุญาต

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

ได้รับเวชภัณฑ์ตามรายการครบถ้วนแล้ว

อนุญาตให้ยืมได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ 11 / 2 / 64

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

รับขอคืนแล้ว ดร.นุกฤชพร ใสดี ๒๐๒๓

๕๗
18/2/64