****

เลขที่รับ..............................

วันที่รับ...............................

**ใบขออนุมัติซ่อมพัสดุ/ครุภัณฑ์/อาคารสถานที่/บ้านพักข้าราชการ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | เขียน ณ โรงพยาบาลแก่งหางแมว |
|  | วันที่.............เดือน........................พ.ศ. ................... |

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งหางแมว(ผ่านหัวหน้ากลุ่มบริหารงานทั่วไป)

 ด้วยข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล)........................................................ตำแหน่ง..............................................................

กลุ่มงาน/ฝ่ายงาน.............................................................................................มีความประสงค์ขออนุมัติซ่อมตามรายการ ดังนี้

🔿 ครุภัณฑ์ 🔿 อาคารสถานที่ 🔿 บ้านพักข้าราชการ

**1.ชื่อครุภัณฑ์**................................................................................................................................................................................หมายเลขครุภัณฑ์..........................................................................................................................................................................

อาการชำรุด(กรุณาระบุรายละเอียดให้ชัดเจน)..............................................................................................................................

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

**2.ชื่ออาคารสถานที่**.......................................................................................................................................................................

รายละเอียดการซ่อมแซม(กรุณาระบุสาเหตุให้ชัดเจน)..................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. **3.เลขที่/ชื่อบ้านพัก**.......................................................................................................................................................................

รายละเอียดการซ่อมแซม(กรุณาระบุสาเหตุให้ชัดเจน)..................................................................................................................

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

 (ลายมือชื่อ)..............................................ผู้ส่งซ่อม

**หมายเหตุ:ขอความกรุณากรอกรายละเอียดที่เป็นตัวบรรจง (ส่วนที่ 1)**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**ผลการประเมินเบื้องต้นจากงานซ่อมบำรุง**

🔿 สามารถซ่อมเองได้ **(ไม่มีค่าใช้จ่าย)** จะซ่อมเสร็จภายในวันที่ ...................................................

🔿 สามารถซ่อมได้โดยช่างของโรงพยาบาล **(โดยมีค่าใช้จ่ายการจัดซื้อวัสดุ)**จะซ่อมเสร็จภายในวันที่......................................

🔿 ไม่สามารถซ่อมเองได้ **(ใช้บริการช่างภายนอกโดยมีค่าใช้จ่าย)** 🔿 ไม่สามารถซ่อมได้ (**ไม่คุ้มทุน /ซื้อทดแทน)**

(ลงชื่อ)..........................................................ช่างผู้ตรวจซ่อม (ลงชื่อ)..........................................................หัวหน้างานซ่อมฯ

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

 ……………/……………./……………….. ……………/……………./………………..

**ผลการซ่อมเสร็จจริง ณ วันที่ .................................................................................. (ส่วนที่ 2)**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ควรเห็นผู้บังคับบัญชา**

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งหางแมว 🔿 อนุมัติ 🔿 ไม่อนุมัติ

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

(ลงชื่อ)...............................................................หัวหน้าฝ่ายฯ ( นายอภิสิทธิ์ ดุจวรรณ์ )

 (นางสาวธัญวรัตน์ ทองศรี) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งหางแมว

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