

แผนการจัดซื้อครุภัณฑ์ ประจำปีงบประมาณ

หน่วยงาน สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

งาน.....

ลำดับที่	รายการ	หน่วย นับ	จำนวน	ราคา	รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ	เหตุผลและความจำเป็นในการขอ

แผนการจัดซื้อวัสดุ ประจำปีงบประมาณ

หน่วยงาน สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมือง

งาน.....

ลำดับ	รายการวัสดุ	หน่วย นับ	วัสดุ คงเหลือ	ประมาณการ ใช้วัสดุ	ราคา ต่อหน่วย (บาท)	ประเภท เงิน	ไตรมาส 1 ต.ค. – ธ.ค.		ไตรมาส 2 ม.ค. – มี.ค.		ไตรมาส 3 เม.ย. – มิ.ย.		ไตรมาส 4 ก.ค. – ก.ย.		รวมเงิน
							จำนวน	ราคา	จำนวน	ราคา	จำนวน	ราคา	จำนวน	ราคา	

ใบเบิกวัสดุ
สถาบันพัฒนาสุขภาพระเทศเมือง

งาน.....

ใบเบิกที่.....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพระเทศเมือง

ด้วยข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์จะขอเบิกวัสดุ ตามรายการท้ายนี้ เพื่อใช้ในการงาน.....

โดยมอบหมายให้..... ตำแหน่ง..... เป็นผู้รับของแทน

ลำดับ ที่	รหัส	รายการ	เบิกครั้งสุดท้าย			จำนวน ที่เบิก ตั้งแต่ต้น ปีงบประมาณ	จำนวน ขอเบิก ครั้งนี้	จ่าย	ราคารวม	หมายเหตุ
			ว.ด.ป	หน่วย นับ	จำนวน					

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายพัสดุ
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับพัสดุ
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

ใบเบิกครุภัณฑ์
สถาบันพัฒนาสุขภาพระเทศเมือง

งาน.....

ใบเบิกที่.....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพระเทศเมือง

ด้วยข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

มีความประสงค์จะขอเบิกครุภัณฑ์ ตามรายการท้ายนี้ เพื่อใช้ในางน.....

โดยมอบหมายให้.....ตำแหน่ง.....เป็นผู้รับของแทน

ลำดับ ที่	รหัส	รายการ	เบิกครั้งสุดท้าย			จำนวนที่เบิก ตั้งแต่ต้น ปีงบประมาณ	จำนวน ขอเบิก ครั้งนี้	จ่าย	ราคา รวม	หมาย เหตุ
			ว.ด.ป.	หน่วย นับ	จำนวน					

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายพัสดุ
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับพัสดุ
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

สถาบันพัฒนาสุภาพะเขตเมือง

ใบขอซื้อ / จ้าง				เลขที่...../..... วันที่.....			
งาน.....			ผู้ขายที่แนะนำ ๑. ๒. ๓.				
ลำดับ ที่	รายการขอซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วยละ (ถ้าทราบ)	จำนวนเงิน		หมายเหตุ	
๑.							
๒.							
๓.							
๔.							
๕.							
๖.							
๗.							
๘.							
๙.							
๑๐.							
เอกสารรายละเอียดเพิ่มเติมที่แนบประกอบ ๑. ๒. ๓.							
เหตุผลความจำเป็น							
ผู้ขอซื้อ / จ้าง ลงชื่อ..... วันที่.....		หัวหน้างาน ลงชื่อ..... วันที่.....		อนุมัติหลักการ ลงชื่อ..... วันที่.....			
เรียน ผู้อำนวยการฯ ลงชื่อ..... วันที่.....		อนุมัติ ลงชื่อ..... ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุภาพะเขตเมือง วันที่.....	 ลงชื่อ..... วันที่..... ผู้รับดำเนินการ ลงชื่อ..... วันที่.....			

แบบการส่งซ่อมบำรุง
สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

เลขที่พัสดุ.....

วันที่

ขั้นตอนที่ ๑ ใบส่งงาน	<p style="text-align: right;">วัน.....เดือน.....พ.ศ.</p> เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง (ผ่านหัวหน้างานบริหารพัสดุ) ด้วยงาน.....ขอส่งงาน/ซ่อมอุปกรณ์ ๑.....ยี่ห้อ.....รหัสครุภัณฑ์..... มีรายการชำรุด ดังนี้..... ๒.....ยี่ห้อ.....รหัสครุภัณฑ์..... มีรายการชำรุด ดังนี้..... (ลงชื่อ).....(ผู้แจ้งซ่อม) วันที่..... (ลงชื่อ).....หัวหน้างาน วันที่.....		
ขั้นตอนที่ ๒ การสั่งการ	เรียน เจ้าหน้าที่บำรุงรักษา (งานอาคารสถานที่/งานครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์) เพื่อ..... (ลงชื่อ).....หัวหน้างานอาคารสถานที่/หัวหน้างานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนฯ/วันที่.....		
ขั้นตอนที่ ๓ การดำเนินการ	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> ดำเนินการซ่อมเอง การซ่อม <input type="checkbox"/> ไม่ใช่อะไหล่ การซ่อม <input type="checkbox"/> ต้องใช้อะไหล่ อะไหล่ที่ขอเบิก คือ..... (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่บำรุงรักษา วันที่..... </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> ดำเนินการซ่อมเองโดยซื้ออะไหล่ การซ่อม <input type="checkbox"/> ต้องจัดซื้ออะไหล่ อะไหล่ที่ขออนุมัติซื้อ คือ..... (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่บำรุงรักษา วันที่..... ผลการพิจารณา..... (ลงชื่อ).....หัวหน้างานบริหารพัสดุ วันที่..... </td> </tr> </table>	ดำเนินการซ่อมเอง การซ่อม <input type="checkbox"/> ไม่ใช่อะไหล่ การซ่อม <input type="checkbox"/> ต้องใช้อะไหล่ อะไหล่ที่ขอเบิก คือ..... (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่บำรุงรักษา วันที่.....	ดำเนินการซ่อมเองโดยซื้ออะไหล่ การซ่อม <input type="checkbox"/> ต้องจัดซื้ออะไหล่ อะไหล่ที่ขออนุมัติซื้อ คือ..... (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่บำรุงรักษา วันที่..... ผลการพิจารณา..... (ลงชื่อ).....หัวหน้างานบริหารพัสดุ วันที่.....
ดำเนินการซ่อมเอง การซ่อม <input type="checkbox"/> ไม่ใช่อะไหล่ การซ่อม <input type="checkbox"/> ต้องใช้อะไหล่ อะไหล่ที่ขอเบิก คือ..... (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่บำรุงรักษา วันที่.....	ดำเนินการซ่อมเองโดยซื้ออะไหล่ การซ่อม <input type="checkbox"/> ต้องจัดซื้ออะไหล่ อะไหล่ที่ขออนุมัติซื้อ คือ..... (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่บำรุงรักษา วันที่..... ผลการพิจารณา..... (ลงชื่อ).....หัวหน้างานบริหารพัสดุ วันที่.....		
ขั้นตอนที่ ๔ การพิจารณา กรณีส่งซ่อมภายนอก	เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง (ลงชื่อ)..... วันที่..... ผลการพิจารณา <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ <input type="checkbox"/> เห็นควรซื้อทดแทน <input type="checkbox"/> เห็นควรยกเลิกการใช้ไม่ต้องซื้อทดแทน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... (ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการฯ วันที่.....		
ขั้นตอนที่ ๕ การสั่งการ	เรียน เจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> ดำเนินการส่งซ่อมภายนอก <input type="checkbox"/> ดำเนินการซื้อทดแทน <input type="checkbox"/> ยกเลิกการใช้ไม่ต้องซื้อทดแทน รวบรวมรอจำหน่าย <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... (ลงชื่อ).....หัวหน้าเจ้าหน้าที่ วันที่.....		



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง

ที่ สธ วันที่

เรื่อง ขอส่งคืนครุภัณฑ์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง (ผ่านหัวหน้างาน)

ด้วยงาน.....ขอส่งคืนครุภัณฑ์

ที่ชำรุด เสื่อมสภาพ ไม่สามารถซ่อมได้ และไม่จำเป็นต้องใช้ เนื่องจากใช้งานมานาน ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ จำนวน.....รายการ

ลำดับ	รายการ	จำนวน	รหัสครุภัณฑ์	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....ผู้ส่งคืน

(.....)

ตำแหน่ง.....

-เห็นควรส่งคืนงานบริหารพัสดุ เพื่อดำเนินการต่อไปด้วย

ลงชื่อ.....หัวหน้างาน

ตำแหน่ง.....

วันที่.....