**ใบขออนุมัติซื้อวัสดุการแพทย์ / ครุภัณฑ์**

เลขที่...................................................

วันที่........เดือน..................................พ.ศ.......................

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งฝน

ข้าพเจ้า..............................................................................ตำแหน่ง..................................................................

หน่วยงาน....................................................ขออนุมัติซื้อวัสดุการแพทย์ / ครุภัณฑ์ ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการ | เหตุผล | ความเร็งด่วน | Spec. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นหัวหน้า / ทีมงานที่เกี่ยวข้อง** | **ความเห็นชอบของผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งฝน** |
| ( ) เห็นควรอนุมัติ  ( ) ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก....................................  .....................................................................................  .........................................................................................  (ลงชื่อ)............................................................................ | ( ) อนุมัติ  ( ) ไม่อนุมัติเนื่องจาก.....................................................  .........................................................................................  .........................................................................................  (ลงชื่อ)............................................................................ |
| **ระยะเวลาดำเนินการ** | **หน่วยงานสรุปผลงาน** |
| วันที่รับเรื่อง...................................................................  วันที่จะดำเนินการได้แล้วเสร็จ.......................................  รวมระยะเวลาการดำเนินการ....................................วัน | ได้รับวัสดุการแพทย์ / ครุภัณฑ์ครบถ้วนตามจำนวน  วันที่รับวัสดุการแพทย์ / ครุภัณฑ์........................................  ( ลงชื่อ ).............................................................................. |
| **แบบประเมินความพึงพอใจในผลงาน ( สำหรับหน่วยงาน )** | |
| ( ) พอใจ  ( ) ไม่พอใจ เนื่องจาก....................................................  ........................................................................................  ........................................................................................ | มาตรฐานของวัสดุทางการแพทย์ / ครุภัณฑ์ที่ได้รับ  ( ) พอใจ  ( ) ไม่พอใจ เนื่องจาก....................................................  ......................................................................................... |

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

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