

# ขั้นตอนการยื่นวัสดุ/ดrukánท่าทางการแพทย์

ขั้นตอนที่

1

## แจ้งความประสงค์ขอรับเอกสารยื่นวัสดุ/ดrukánท่าทางการแพทย์ที่ห้องบัตร

เจ้าหน้าที่ห้องบัตรแนะนำขั้นตอนการยื่น

\*\* กรณีเอกสารราชการให้ยื่นเฉพาะชุดเอกสาร ส่วนเดียว และกรณีเอกสารมา  
ราชการให้ยื่นเฉพาะวันพุธ ภาคเช้า เวลา 08.30 – 12.00 น. ไม่ต้องมีบุคคล

ขั้นตอนที่

2

## เข้าพบแพทย์ สั่งจ่าย

เจ้าหน้าที่ OPD บันทึกนิ้มนูลประทับพิมพ์

\*\* กรณีเอกสารราชการ เจ้าหน้าที่ ER เป็นผู้ดำเนินการแทน

ขั้นตอนที่

3

## รับใบยื่นวัสดุ/ดrukánท่าทางการแพทย์ที่สูบงึ้ย COC

(IPD)พร้อมกรอกรายละเอียด

เจ้าหน้าที่สูบงึ้ย COC ตรวจสอบลัง บันทึกข้อมูลการยื่น ประสานเจ้าหน้าที่เบ็ดลอก  
เติร์รี่เมืองทอง

\*\* กรณีเอกสารราชการ เจ้าหน้าที่ ER เป็นผู้ดำเนินการแทน

ขั้นตอนที่

4

## สืบในยื่นวัสดุ/ดrukánท่าทางการแพทย์ที่จังบริหาร พร้อม ชำระค่ามัดจำ

เจ้าหน้าที่การเงินตรวจสอบเอกสาร รับชำระค่ามัดจำ พร้อมออกใบสำคัญรับเงินให้กับ  
พูบงย/ญาติที่ยื่น ไม่เป็นหลักทรัพย์

\*\* กรณีเอกสารราชการ เจ้าหน้าที่ ER ดำเนินการแทน และให้ล่องลงเอกสารและลงนามด้วยเจ้า  
เจ้าหน้าที่ COC เพื่อบ่งการยื่นให้วันทำการต่อไป

ขั้นตอนที่

5

## รับวัสดุ/ดrukánท่าทางการแพทย์

- เจียง, รถเข็นยัง รับเก็บทราบพัฒนา
  - ถังของขวัญ รับที่รังเก็บของขวัญ
  - วัสดุและดrukánท่าทาง รับที่สูบงึ้ย COC
- โดยเจ้าหน้าที่เมืองทองยื่นนำการใช้งานอย่างสม่ำเสมอ

# ใบยื่นวัสดุ/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์

เขียนที่ ศูนย์ COC โรงพยาบาลท่าอุเทน  
ต. โนนตาล อ. ท่าอุเทน จ. นครพนม

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขอรับเอกสาร/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าอุเทน

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ

จำนวน ๑ ฉบับ

ชื่อพ่อเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)..... นามสกุล.....  
 อายุ..... ปี บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....  
 อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
 เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วยชื่อ(นาย/นาง/นางสาว/ยศ)..... นามสกุล.....  
 อายุ..... ปี HN.....  
 มีความประสงค์ขอรับเอกสาร/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ จำนวน..... ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	รหัสครุภัณฑ์	จำนวน	หน่วยนับ	หมายเหตุ

โดยมีกำหนดยืมจำนวน..... วัน รับวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

และจะนำมาส่งคืนในสภาพเรียบร้อย/สภาพเดิมในวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....  
หากเกิดกรณีชำรุดเสียหายข้าพเจ้ายินดีชดใช้ตามมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นโดยทันทีตามที่เจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าได้ทราบ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยืม  
(.....)  
วันที่.....

ผู้รับเรื่อง  
(ลงชื่อ).....  
(.....)  
วันที่.....

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พสส.  
 ควรอนุมัติ  
 ไม่ควรอนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ).....

(นายพิวิ ใจช่วง)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าอุเทน  
 อนุมัติ  
 ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ).....

(นายจักรภาพ ธนาธนัยกัทร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าอุเทน

# ใบส่งคืนวัสดุ/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์

เขียนที่ ศูนย์ COC โรงพยาบาลท่าอุเทน  
ต. โนนตาล อ. ท่าอุเทน จ. นครพนม

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอส่งคืนวัสดุ/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าอุเทน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)..... นามสกุล.....  
 อายุ..... ปี บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ตำบล.....  
 อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
 เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วยชื่อ(นาย/นาง/นางสาว/ยศ)..... นามสกุล.....  
 อายุ..... ปี HN.....  
 มีความประสงค์ขอส่งคืนวัสดุ/ครุภัณฑ์ฯ ที่ยืมจากโรงพยาบาลท่าอุเทน เมื่อวันที่.....  
 เดือน..... พ.ศ..... และมีกำหนดส่งคืนในวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....  
 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	รหัสครุภัณฑ์	จำนวน	หน่วยนับ	หมายเหตุ

โดยหากตรวจสอบแล้วเกิดกรณีชำรุดเสียหายข้าพเจ้ายินดีชดใช้ตามมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นโดยทันทีตามที่เจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าได้ทราบ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอส่งคืน (ลงชื่อ)..... ผู้รับเรื่อง  
 (.....) (.....)  
 วันที่..... วันที่.....

<p>เจ้าหน้าที่พัสดุตรวจสอบวัสดุ/ครุภัณฑ์ฯ แล้วพบว่า</p> <p><input type="checkbox"/> สภาพปกติ เรียบร้อยดี</p> <p><input type="checkbox"/> ชำรุดเสียหายต้องชดใช้เงินจำนวน..... บาท</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....</p> <p>(ลงชื่อ).....    (.....)    เจ้าหน้าที่พัสดุ</p>	<p>เจ้าหน้าที่การเงินดำเนินการ</p> <p><input type="checkbox"/> คืนเงินมัดจำแล้ว จำนวน..... บาท</p> <p><input type="checkbox"/> เรียกเก็บค่าเสียหายและได้รับชดใช้แล้ว จำนวน..... บาท</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....</p> <p>(ลงชื่อ).....    (.....)    เจ้าหน้าที่การเงิน</p>
<p>(ลงชื่อ).....    (นายทิวา ใจช่วง)    เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป</p>	<p>(ลงชื่อ).....    (นายจักรภพ ธนารนัยภัทร)    ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าอุเทน</p>