

**กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์**

 **เลขที่ใบซ่อม....................................................................**

 **รับวันที่..............เดือน......................................ปี.............**

 **ใบขออนุมัติซ่อมแซม ปรับปรุงครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง**

**กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์**

กลุ่มงาน/งาน.........................................................................................................โรงพยาบาลสุรินทร์ โทร...............................................

ที่ สร 0032.101/...................... วันที่....................เดือน.....................................พ.ศ. ........................

เรื่อง ขออนุมัติ ซ่อมแซมครุภัณฑ์ ซ่อมแซมอาคารสิ่งก่อสร้าง ปรับปรุงและต่อเติม อื่น ๆ....................................

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์

ด้วยกลุ่มงาน/งาน.................................................................................................มีความประสงค์ที่จะส่งซ่อมแซมปรับปรุงโดยมีรายการ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| รายการที่แจ้งซ่อมแซม | สาเหตุ/อาการเสีย | จำนวน | สถานที่ติดตั้ง |
| หมายเลขครุภัณฑ์(....................................................................) |  |  |  |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ปีที่จัดซื้อ.................. ลงชื่อ.................................................ผู้ส่งซ่อม

ราคา......................... (....................................................)

 **หมายเหตุ\*\*** 1. ขอความกรุณาเขียน 1 รายการ/1 ใบขออนุมัติซ่อมหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน

2. กรอกข้อมูลรายการที่แจ้งซ่อมแซมให้ละเอียดครบถ้วน

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.ช่างได้ตรวจสอบตามรายการที่ขออนุมัติซ่อมแล้วผลปรากฏว่า****1** ( ) ซ่อมได้ ( ) เบิกวัสดุในคลัง ( ) ขอจัดซื้อวัสดุ  ( ) ซ่อมไม่ได้ ( ) เห็นควรจ้างเอกชน ( ) เห็นควรแทงชำรุด **บันทึกการซ่อมแซม/เหตุผล..............................................................**......................................................................................................................................................................................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**สรุปงาน** ( ) ซ่อมเสร็จแล้ว ( ) รอดำเนินการ(เบิก/จัดซื้อวัสดุ)วันที่...........เดือน......................................ปี................ (วันที่สรุปงาน)รวมเวลาปฏิบัติงาน.................ชั่วโมง..................นาที(ตรวจหน้างานและปฏิบัติงาน) ลงชื่อ.......................................... ลงชื่อ..........................................  (...................................................) (...................................................) ช่างผู้ดำเนินการตรวจสอบและซ่อมแซม หัวหน้างานซ่อมบำรุง |  **2.รายการวัสดุที่ใช้ซ่อมแซม/วัสดุที่ขอจัดซื้อ****2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการ | จำนวน | ราคา |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

บันทึกใบ PPR/PR วันที่....................................................เลขที่........................................ลงชื่อ..........................................(...................................................)เจ้าหน้าที่หน่วยงานวันที่...................เดือน....................................ปี..................... |
|  เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์**3** เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติตามที่หัวหน้างานช่างเสนอ …………………………………………………………………… ลงชื่อ.................................................... หัวหน้ากลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ วันที่...................เดือน....................................ปี..................... | เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์**4**เห็นควรอนุมัติตามที่หัวหน้ากลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานฯ เสนอ............................................................................... ลงชื่อ.................................................... รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร/ฝ่ายการแพทย์วันที่...................เดือน....................................ปี..................... |
| ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์**5** อนุมัติให้ดำเนินการตามเสนอ ไม่อนุมัติ อื่น ๆ ...........................................................................ลงชื่อ.......................................................ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ วันที่...................เดือน....................................ปี..................... |

FM-MN-001 Rev.3.06/2/61