

รหัสกองทุน2320047000กองทุนกองทุนทั่วไป

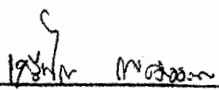
รหัสเขตตามหน้าที่11613200700000กิจกรรมก.สส.งานบริหารทั่วไป

รหัสศูนย์ต้นทุน1324105000ศูนย์ต้นทุนงานกายภาพ

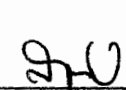
รหัสวิชา( ) คลินิก ( ) ปฏิบัติการ ( ) บรรยายวันที่19/05/2565

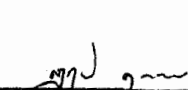
กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง (ระบุ ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศที่กำหนดเกณฑ์/อัตราเบิกจ่าย)

| ลำดับที่ | รายการ                 | ส่วนผู้เบิก |       |                    | ส่วนคลังพัสดุ |                    |           | หมายเหตุ |
|----------|------------------------|-------------|-------|--------------------|---------------|--------------------|-----------|----------|
|          |                        | หน่วยนับ    | จำนวน | วงเงิน<br>(ประมาณ) | รหัสพัสดุ     | ต้นทุน<br>ต่อหน่วย | จำนวนเงิน |          |
| 1        | ยูนิเทิน               | แกลลอน      | 2     | 3,959.00           |               |                    |           |          |
| 2        | น้ำมันหินเนอร์ยูนิเทิน | แกลลอน      | 2     | 1,605.00           |               |                    |           |          |
| 3        | ขลาคเหล็กแถมแดง        | แกลลอน      | 2     | 727.60             |               |                    |           |          |
| 4        | แปรงขนกระต่ายอย่างดี   | อัน         | 2     | 342.40             |               |                    |           |          |
| รวม      |                        |             |       | 6,634.00           | รวม           |                    |           |          |

  
นาย เกรียงไกร การสมวรรณ  
(88604)  
ผู้ขอเบิก

  
นาย คมสัน จันทิมากร  
หัวหน้าหน่วยงาน

  
ผศ.ทพ.ดร. ดำรงค์ ดำรงค์ศรี  
ประธาน กองทุนทั่วไป

  
อ.ทพ.ดร. ณัฐวุฒิ คุตตะเทพ  
รองคณบดีฝ่ายกายภาพ

\_\_\_\_\_  
ผู้ตัดบัญชี

\_\_\_\_\_  
ผู้จ่ายของ

\_\_\_\_\_  
ผู้รับของ

แบบฟอร์มขอรับบริการงานซ่อม  
งานกายภาพ (ครุภัณฑ์)

เลขที่ใบขอรับบริการงานซ่อม : 65-2-01245

วันที่แจ้งซ่อม : 2022-05-03

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้แจ้งซ่อม

ชื่อ / สกุล : นางสาว จิรพันธ์ มโนวินโชด

เบอร์โทร (ภายใน) : 88885

หน่วยงาน : 1320100000 : ภาควิชากายวิภาคศาสตร์  
ทศ

มีความประสงค์ : งานแก้ไข/ซ่อมแซม

ประเภทงาน : งานไม้

อาการเสีย : หนังสื เคลือบเงา เปลี่ยนกฤษณ์ล้นชัก เปลี่ยนมือจับล้นชัก \* โต๊ะอยู่ที่ห้องประชุมภาคเภสัช ชั้น 5 ตึกพรีคลินิก \*\*\*ถ้าเป็นไปด้รับกวนขอ  
ซ่อมให้เสร็จภายในสิ้นเดือนมิถุนายน2565 เพราะอาจารย์ใหม่จะกลับมาใช้งานเดือนกรกฎาคม2565

รายการครุภัณฑ์

| ลำดับ | รายการ                                                 | หมายเลข<br>ครุภัณฑ์ | มาตรฐานและคุณลักษณะเฉพาะ                                           | หมายเหตุ |
|-------|--------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|
| 1     | โต๊ะทำงานข้าราชการชั้นเอก (รับโอนมาจากภาคเภสัช 052565) | ภ.ต.28/-            | โต๊ะทำงานข้าราชการชั้นเอก ขนาด กว้าง 90 ซม. ยาว 1.65 ม. สูง 75 ซม. |          |
| 2     | โต๊ะทำงานข้าราชการชั้นโท (รับโอนมาจากภาคเภสัช 052565)  | ภ.ต.29/-            | โต๊ะทำงานข้าราชการชั้นโท ขนาด กว้าง 79 ซม. ยาว 1.48 ม. สูง 73 ซม.  |          |
| 3     | โต๊ะเขียนหนังสืออาจารย์ (รับโอนมาจากภาคเภสัช 052565)   | ภ.ต.6/-             | โต๊ะเขียนหนังสืออาจารย์ขนาด กว้าง 81 ซม. ยาว 1.65 ม. สูง 76 ซม.    |          |

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเรื่องการซ่อม

ช่างซ่อม : นาย สุพจน์ ศรีเมือง

ประเมินงานซ่อม

ซ่อมได้

เบิกวัสดุ/เปลี่ยนอะไหล่

ขอจัดซื้ออุปกรณ์ภายนอก

ส่งซ่อมภายนอก

ทางชำรุด

กรณีทางชำรุด

วันที่ทางชำรุด .....

ความเห็นความเห็น

ค่าซ่อมสูงไม่คุ้มทุนในการซ่อม

หมดอายุการใช้งาน

อะไหล่ลัดกรุ่นไม่สามารถซ่อมได้

รายละเอียดการทางชำรุด .....

ควรวางแผนจัดซื้อ

ผู้แจ้งซ่อมรับทราบการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(นางสาว ชรินทร์ มโนกรินโชด)

ช่างซ่อม

หัวหน้างานกายภาพ

วันที่

วันที่

วันที่

รายการเบิกและคืน วัสดุอุปกรณ์  
งานกายภาพ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา/หน่วยงาน

วันที่

ส่วนผู้ขอเบิก

ส่วนผู้ทำรายการเบิก

ลำดับ

รายการ

หน่วยนับ

จำนวน

ราคาต่อหน่วย

รวมราคา

1

ยูนิต 1 ทบ เฟอร์นิเจอร์

160000

2

2

เก้าอี้เหล็กเพอร์ยูนิต

160000

2

3

เก้าอี้เหล็ก เพอร์ยูนิต

160000

2

4

แม่แรงขุดรื้อท่ออย่างดี

อัน

2

( ต่อมา )

ลงชื่อ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

ผู้ขอเบิกวัสดุฯ

เจ้าหน้าที่พัสดุงานกายภาพ

หัวหน้างานกายภาพ

วันที่

วันที่

วันที่

ลงชื่อ

ลงชื่อ

ผู้รับของ

ผู้ตรวจสอบและจัดทำเอกสาร

วันที่

วันที่

