

แบบฟอร์มขอรับบริการงานซ่อม
งานกายภาพ (ครุภัณฑ์)

เลขที่ใบขอรับบริการงานซ่อม : 65-2-01565
วันที่แจ้งซ่อม : 2022-06-22

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้แจ้งซ่อม

ชื่อ / สกุล : นางสาว ธนาวดี พงษ์สวัสดิ์ เบอร์โทร (ภายใน) : 88806-07 หน่วยงาน : : คลินิกบัณฑิตศึกษาสาขาทันตกรรมประดิษฐ์
มีความประสงค์ : งานแก้ไข/ซ่อมแซม
ประเภทงาน : งานยูนิตทำฟัน เครื่องมือแพทย์ฯ
อาการเสีย : เปลี่ยนชุด Triple syrinfe (ยูนิต 14)

รายการครุภัณฑ์

ลำดับ	รายการ	หมายเลขครุภัณฑ์	มาตรฐานและคุณสมบัติเฉพาะ	หมายเหตุ
1	ยูนิตทำฟัน	43228000083รพ.06/55(1.5)	1.5 ยูนิตทำฟัน ยี่ห้อ Belmont รุ่น Clesta	

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเรื่องการซ่อม

ช่างซ่อม : ว่าที่ร้อยตรี สมบูรณ์ แยมงค์เขาว

ประเมินงานซ่อม

ซ่อมได้
เบิกวัสดุ/เปลี่ยนอะไหล่
ขอจัดซื้ออุปกรณ์ภายนอก
ส่งซ่อมภายนอก
แทงชำรุด

กรณีแทงชำรุด

วันที่แทงชำรุด

ความเห็นความเห็น

ค่าซ่อมสูงไม่คุ้มทุนในการซ่อม
หมดอายุการใช้งาน
อะไหล่สดกฐนไม่สามารถซ่อมได้

รายละเอียดการแทงชำรุด

ควรวางแผนจัดซื้อ

ผู้แจ้งซ่อมรับทราบการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(นางสาว ธนาวดี พงษ์สวัสดิ์)

ช่างซ่อม

หัวหน้างานกายภาพ

วันที่

วันที่

วันที่

ภาควิชา/หน่วยงาน วันที่

ลงชื่อ *นค* ผู้ขอเบิกวัสดุฯ
 วันที่
 ลงชื่อ *นค* เจ้าหน้าที่พัสดุงานกายภาพ
 วันที่
 ลงชื่อ *นค* หัวหน้างานกายภาพ
 วันที่
 ลงชื่อ *นค* ผู้รับของ
 วันที่
 ลงชื่อ *นค* ผู้ตรวจสอบและจัดทำเอกสาร
 วันที่