

**แบบบันทึกขออนุมัติยกเลิกใช้งานเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลบึงนาราง**

ชื่อเครื่องมือ	เลขครุภัณฑ์	หน่วยงาน
ยี่ห้อ	รุ่น	วันที่ซื้อ
ราคาซื้อ	ราคาค่าเสื่อมปัจจุบัน	
ราคาซ่อมสะสม	ราคาอะไหล่	

**ข้อควรพิจารณาสำหรับการยกเลิกการใช้งานเครื่องมือแพทย์**

	ใช่	ไม่ใช่
1. ราคาซ่อมสูงกว่า 25% ของราคาซื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ราคาซ่อมสะสมรวมสูงเกิน 75% ของราคาซื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. อายุการใช้งานเกินอายุหรือไม่มีอะไหล่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. มีการซ่อมด้วยสาเหตุเดิมเกิน 7 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. มีข้อมูลการแจ้งเตือนอันตราย การแจ้งเตือนการใช้เครื่องมือ/มีอันตรายหากนำไปใช้งาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ไม่สามารถซ่อมได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ผลการทดสอบ/สอบเทียบไม่ผ่านและไม่สามารถปรับแต่งได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**เหตุผลเพิ่มเติม**

ดังนั้นเห็นสมควรยกเลิกใช้งานหรือจัดซื้อทดแทน ตามเหตุผลดังนี้

ลงชื่อ.....ช่างผู้ปฏิบัติงาน

วันที่.....

**ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป**

ได้พิจารณารายงานผลการประเมิน มีความเห็นดังนี้

เห็นด้วยตามที่เสนอ       ไม่เห็นด้วยตามที่เสนอ

เหตุผล \_\_\_\_\_

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

วันที่.....

**พัสดุตรวจสอบ**

ได้พิจารณารายงานผลการประเมิน มีความเห็นดังนี้

เห็นด้วยตามที่เสนอ       ไม่เห็นด้วยตามที่เสนอ

เหตุผล \_\_\_\_\_

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่พัสดุ

วันที่.....

**ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงนาราง**

ได้พิจารณารายงานผลการประเมิน มีความเห็นดังนี้

เห็นด้วยตามที่เสนอ       ไม่เห็นด้วยตามที่เสนอ

เหตุผล \_\_\_\_\_

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงนาราง

วันที่.....