**ความเห็น ผอ.สปอ.**

**เหตุผล/ความจำเป็น**

**จำนวน**

**รายการที่ขอเบิก**

สปอ. 01

**ใบขอเบิกพัสดุของสำนักงานความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (สปอ.)**

เรียน หน.มป. / หน.อป.

□ พิจารณา / ดำเนินการ

เนื่องจาก .

 .

ลงชื่อ .

(นายธีระชัย เถื่อนอิ่ม)

ผอ.สปอ.

วันที่ เดือน พ.ศ.

 .

 .

 .

 .

 .

 .

 .

 .

 . . . .

 .ชิ้น

 .ชิ้น

 .ขวด

 .ขวด

 .ขวด

 .กระป๋อง

 .ชิ้น

 .

□ หน้ากากอนามัย (ชนิดธรรมดา)

□ หน้ากากกันฝุ่น (N 95)

□ แอลกอฮอล์ ชนิดน้ำ (สำหรับเติม)

 ขนาด .

□ เจลแอลกอฮอล์ ขนาด .

□ น้ำยาฆ่าเชื้อโรค (ชนิดผสมน้ำ)

 ขนาด .

□ สเปรย์ปรับอากาศและฆ่าเชื้อโรค

□ ถุงมือยาง (ชนิดฆ่าเชื้อ)

□ อื่นๆ .

**เลขที่ ./2564**

ลงวันที่ .เดือน .พ.ศ. .

**ผู้จ่ายพัสดุ**

.

ลงชื่อ .

 ( .)

ตำแหน่ง .

วันที่ เดือน พ.ศ. .

**ผู้เบิกพัสดุ**

□ พนักงาน รฟม. สังกัด .

□ ผู้ปฏิบัติงานให้ รฟม. .

 ลงชื่อ .

 ( .)

 วันที่ เดือน พ.ศ. .

**ความเห็นผู้บังคับบัญชา ของผู้ของเบิก**

□ อนุมัติ (ผู้อำนวยการกองขึ้นไป)

ลงชื่อ .

 ( .)

ตำแหน่ง .

วันที่ เดือน พ.ศ. .

**ผู้ขอเบิก**

□ พนักงาน รฟม. สังกัด .

□ ผู้ปฏิบัติงานให้ รฟม. .

 ลงชื่อ .

 ( .)

 วันที่ เดือน พ.ศ. .

หมายเหตุ : การเบิกพัสดุข้างต้นนี้ เพื่อใช้ในกิจการ /เพื่อประโยชน์ของ รฟม. เท่านั้น

**ความเห็น ผอ.สปอ.**

**เหตุผล/ความจำเป็น**

**จำนวน**

**รายการที่ขอเบิก**

สปอ. 01

**ใบขอเบิกพัสดุของสำนักงานความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (สปอ.)**

เรียน หน.มป. / หน.อป.

□ พิจารณา / ดำเนินการ

เนื่องจาก .

 .

ลงชื่อ .

(นายธีระชัย เถื่อนอิ่ม)

ผอ.สปอ.

วันที่ เดือน พ.ศ.

 .

 .

 .

 .

 .

 .

 .

 .

 . . . .

 .ชิ้น

 .ชิ้น

 .ขวด

 .ขวด

 .ขวด

 .กระป๋อง

 .ชิ้น

 .

□ หน้ากากอนามัย (ชนิดธรรมดา)

□ หน้ากากกันฝุ่น (N 95)

□ แอลกอฮอล์ ชนิดน้ำ (สำหรับเติม)

 ขนาด .

□ เจลแอลกอฮอล์ ขนาด .

□ น้ำยาฆ่าเชื้อโรค (ชนิดผสมน้ำ)

 ขนาด .

□ สเปรย์ปรับอากาศและฆ่าเชื้อโรค

□ ถุงมือยาง (ชนิดฆ่าเชื้อ)

□ อื่นๆ .

**เลขที่ ./2564**

ลงวันที่ .เดือน .พ.ศ. .

**ผู้จ่ายพัสดุ**

.

ลงชื่อ .

 ( .)

ตำแหน่ง .

วันที่ เดือน พ.ศ. .

**ผู้เบิกพัสดุ**

□ พนักงาน รฟม. สังกัด .

□ ผู้ปฏิบัติงานให้ รฟม. .

 ลงชื่อ .

 ( .)

 วันที่ เดือน พ.ศ. .

**ความเห็นผู้บังคับบัญชา ของผู้ของเบิก**

□ อนุมัติ (ผู้อำนวยการกองขึ้นไป)

ลงชื่อ .

 ( .)

ตำแหน่ง .

วันที่ เดือน พ.ศ. .

**ผู้ขอเบิก**

□ พนักงาน รฟม. สังกัด .

□ ผู้ปฏิบัติงานให้ รฟม. .

 ลงชื่อ .

 ( .)

 วันที่ เดือน พ.ศ. .

หมายเหตุ : การเบิกพัสดุข้างต้นนี้ เพื่อใช้ในกิจการ /เพื่อประโยชน์ของ รฟม. เท่านั้น