แบบใบลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

(เขียนที่) ..................................................

วันที่ ........ เดือน ........................................ พ.ศ. ...........

เรื่อง ขอลาติดตามคู่สมรส

เรียน ......................................................................

 ข้าพเจ้า ......................................................... ตำแหน่ง .......................................................

ระดับ .................................... สังกัด ...............................................................................................................

มีความประสงค์ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ จึงขอเสนอรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ขอ

 ๑.๑ ประวัติการรับราชการ

 ๑.๑.๑ ขณะได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

ดำรงตำแหน่ง .................................................................................... ระดับ ................................................... สังกัด ........................................................................... กระทรวง ...................................................................

ปฏิบัติหน้าที่ (โดยย่อ) ......................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

ตั้งแต่วันที่ ...... เดือน ....................... พ.ศ. ......... ถึงวันที่ ....... เดือน ..................... พ.ศ. ..........

 ๑.๑.๒ ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง ........................................... ระดับ ..................................... สังกัด ................................................................. กระทรวง .............................................................................

ปฏิบัติหน้าที่ (โดยย่อ) ......................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

ตั้งแต่วันที่ ...... เดือน ....................... พ.ศ. ......... ถึงวันที่ ....... เดือน ..................... พ.ศ. ..........

 ๑.๑.๓ ที่อยู่ปัจจุบัน ............................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

หมายเลขโทรศัพท์ ........................................................

 ๑.๒ สาเหตุที่ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

 เหตุเกิดที่ ..............................................................................................................................

ตําบล ................................................ อําเภอ ............................................ จังหวัด ........................................ เมื่อวันที่ ...... เดือน ....................... พ.ศ. ............

เนื่องจาก

 ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่

 ถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่

 เหตุอื่นใดนอกจากเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ / เหตุกระทำการตามหน้าที่

- ๒ -

(โปรดระบุ) ..........................................................................................................................................

 ข้อเท็จจริงโดยสรุป ………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ๑.๓ ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรมผู้เคยตรวจหรือรักษา

 ๑.๓.๑ แพทย์ชื่อ …………………………………………………………………………………………………..

ตำแหน่ง ................................................................................................. ผู้ได้ตรวจหรือรักษา ณ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ..........................................................................................................................................

 ๑.๓.๒ ความเห็นโดยสรุปของแพทย์ผู้ตรวจหรือรักษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความพิการหรือ ทุพพลภาพที่เกิดขึ้นตามเอกสารแนบ (เช่น มีความพิการทางอวัยวะใดบ้าง ตั้งแต่วันเดือนปีใด เป็นต้น)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตรการฝึกอบรม

 ๒.๑ มีความประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรม

 หลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือ

 หลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ

ชื่อหลักสูตร ....................................................................................................................................................

ซึ่งจัดโดย ........................................................................................................................................................

ระยะเวลาการฝึกอบรม ........ ชั่วโมง ......... วัน .......... เดือน .......... ปี

ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ...................... พ.ศ. ........... ถึงวันที่ ..... เดือน .......................... พ.ศ. ............

ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม (ถ้ามี) ........................ บาท ( ................................................................................ )

 ๒.๒ พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานเกี่ยวกับหลักสูตรที่ประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมในข้อ ๒.๑ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) จำนวน ....... ฉบับ มาด้วยแล้ว

 ข้าพเจ้าขอรบรองว่าข้อความข้างต้นถกต้องตรงกับความเป็นจริงทกประการ

 (ลงชื่อ) ...................................................

 ( ............................................. )

- ๓ -

๓. ความเห็นของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล

 เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือถูก

 ประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

 (กรณีตามข้อ ๓๙ วรรคหนึ่ง)

 เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการเพราะเหตุอื่น

 (กรณีตามข้อ ๓๙ วรรคสอง)

 หลักสูตรที่ประสงค์ที่จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการ หน่วยงานอื่น

 ของรัฐ องค์กรการกุศลอันเป็นสาธารณะหรือสถาบันที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงาน

 ของทางราชการ เป็นผู้จัดหรือร่วมจัด

 ข้าราชการผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

 ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ

 กรณีการทุพพลภาพหรือพิการในครั้งนี้

 อื่น ๆ (ระบุ) ..................................................................................................................

 .......................................................................................................................................

 .......................................................................................................................................

 .......................................................................................................................................

(ลงชื่อ) .......................................................

 (...................................................)

(ตำแหน่ง) ...................................................

 วันที่ ....... /..................../...............

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าส่วนราชการ

 ............................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(ลงชื่อ) .......................................................

 (...................................................)

(ตำแหน่ง) ...................................................

 วันที่ ....... /..................../...............

- ๔ -

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับปลัดกระทรวง/หัวหน้าส่วนราชการขึ้นตรง (กรณีการลาเกิน ๖ เดือน)

 ............................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(ลงชื่อ) .......................................................

 (...................................................)

(ตำแหน่ง) ...................................................

 วันที่ ....... /..................../...............

**คำสั่ง**

อนุญาต ไม่อนุญาต

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(ลงชื่อ) .......................................................

 (...................................................)

(ตำแหน่ง) ...................................................

 วันที่ ....... /..................../...............