

แบบใบลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....สังกัด

มีความประสงค์ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ จึงขอเสนอรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ขอ

๑.๑ ประวัติการเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

๑.๑.๑ ขณะได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการดำรง

ตำแหน่ง.....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

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เนื่องจาก

☐ ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่☐ ถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่☐ เหตุอื่นใดนอกจากเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่/เหตุกระทำ การตามหน้าที่

(โปรดระบุ)

ขอเท็จจริงโดยสรุป

๑.๓ ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรม
ผู้เคยตรวจหรือรักษา

๑.๓.๑ แพทย์ชื่อ

ตำแหน่งผู้ได้ตรวจหรือรักษา ณ โรงพยาบาล
หรือสถานพยาบาล.....

๑.๓.๒ ความเห็นโดยสรุปของแพทย์ผู้ตรวจหรือรักษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความพิการหรือ
ทุพพลภาพที่เกิดขึ้นตามเอกสารแนบ (เช่น มีความพิการทางอวัยวะใดบ้าง ตั้งแต่วันเดือนปีใด เป็นต้น)

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

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตรการฝึกอบรม

๒.๑ มีความประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรม

- ☐ หลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือ
☐ หลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ

ชื่อหลักสูตร

ซึ่งจัดโดย

ระยะเวลาการฝึกอบรม.....ชั่วโมงวัน.....เดือน.....ปี

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

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

๒.๒ พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานเกี่ยวกับหลักสูตรที่ประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมในข้อ ๒.๑ และ
เอกสารที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) จำนวน.....ฉบับ มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

๓. ความเห็นของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล

- ☐ เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือถูก
ประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ
(กรณีตามข้อ ๒๘ วรรคหนึ่ง)
- ☐ เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการเพราะเหตุ
อื่น(กรณีตามข้อ ๒๘ วรรคสอง)
- ☐ หลักสูตรที่ประสงค์ที่จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการ หน่วยงาน
อื่นของรัฐ องค์การการกุศลอื่นเป็นสาธารณะหรือสถาบันที่ได้รับการรับรองจาก
หน่วยงานของทางราชการ เป็นผู้จัดหรือร่วมจัด
- ☐ ข้าราชการผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ที่จำ เป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือที่จำ เป็นต่อการประกอบอาชีพกรณีการ
ทุพพลภาพหรือพิการในครั้งนี้

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่..... /...../.....

ความเห็นหัวหน้าหน่วยงาน

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่..... /...../.....

ความเห็นอธิการบดี (กรณีการลาเกิน ๖ เดือน)

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่..... /...../.....

คำสั่ง

() อนุญาต () ไม่อนุญาต

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่..... /...../.....

หมายเหตุ : ข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีเก็บรวบรวมเปิดเผย ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีในการดำเนินการตรวจสอบประวัติบุคคลที่อยู่ภายใต้อำนาจหน้าที่และแนวปฏิบัติของมหาวิทยาลัย รวมถึงการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

๑. “หัวหน้าหน่วยงาน” หมายความว่า คณบดี ผู้อำนวยการสถาบัน ผู้อำนวยการสำนัก หรือ หัวหน้าหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่เทียบเท่าคณะ