

	แบบใบลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ	รหัสเอกสาร Lripeo-FM-HR-๑๗	แก้ไขครั้งที่ ๐๐
		เริ่มใช้วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘	หน้าที่/๕

เขียนที่.....สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดลพบุรี.....
 วันที่.....

เรื่อง ขออนุญาตลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

เรียน ศึกษาธิการจังหวัดลพบุรี

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 กลุ่ม/หน่วย.....สังกัดสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดลพบุรี มีความประสงค์
 ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ จึงขอเสนอรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ขอ

๑.๑ ประวัติการปฏิบัติงาน

๑.๑.๑ ขณะได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ 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/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

	แบบใบลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ	รหัสเอกสาร Lripeo-FM-HR-๑๗	แก้ไขครั้งที่ ๐๐
		เริ่มใช้วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘	หน้าที่/๕

เนื่องจาก ☐ ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่
☐ ถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่
☐ เหตุอื่นใดนอกจากเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่/เหตุกระทำการตามหน้าที่
 (โปรดระบุ).....

ข้อเท็จจริงโดยสรุป

๑.๓ ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรม
 ผู้เคยตรวจหรือรักษา

๑.๓.๑ แพทย์ชื่อ.....
 ตำแหน่ง..... ผู้ได้ตรวจหรือรักษา ณ โรงพยาบาล
 หรือสถานพยาบาล.....

๑.๓.๒ ความเห็นโดยสรุปของแพทย์ผู้ตรวจหรือรักษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความพิการหรือทุพพลภาพ
 ที่เกิดขึ้นตามเอกสารแนบ (เช่น มีความพิการทางอวัยวะใดบ้าง ตั้งแต่วันเดือนปีใด เป็นต้น)

.....

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตรการฝึกอบรม

๒.๑ มีความประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรม

- ☐ หลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน หรือ
☐ หลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ

ชื่อหลักสูตร.....

ซึ่งจัดโดย.....

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

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

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

	แบบใบลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ	รหัสเอกสาร Lripeo-FM-HR-๑๗	แก้ไขครั้งที่ ๐๐
		เริ่มใช้วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘	หน้าที่/๕

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
 (.....)

๓. ความเห็นของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริหารบุคคล

- ☐ เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่ หรือถูกประทุษร้าย เพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ
- ☐ เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการเพราะเหตุอื่น
- ☐ หลักสูตรที่ประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการ หน่วยงานอื่น ของรัฐ องค์การ การกุศลอื่นเป็นสาธารณะ หรือสถาบันที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานของทางราชการ เป็นผู้จัดหรือร่วมจัด
- ☐ ผู้ปฏิบัติงานผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน หรือจำเป็นต่อการประกอบอาชีพ กรณีการทุพพลภาพหรือพิการในครั้งนี้
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ)
 (.....)
 ตำแหน่ง
 วันที่

	แบบใบลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ	รหัสเอกสาร Lripeo-FM-HR-๑๗	แก้ไขครั้งที่ ๐๐
		เริ่มใช้วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘	หน้าที่/๕

ความเห็นของ ผู้อำนวยการกลุ่ม/หน่วย

.....

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ความเห็นของ รองศึกษาธิการ

.....

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

คำสั่ง

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

.....

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่