แบบใบลาฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

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

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

เรื่อง ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถนะด้านอาชีพ

(คำขึ้นต้น) .......................................................

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

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

มีความประสงค์ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ จึงขอเสนอรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้

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

-๒-

เนื่องจาก

 🞏 ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่

 🞏 ถูกประทุษร้ายเพราะกระทำการตามหน้าที่

 🞏 เหตุอื่นใดนอกจากเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ / เหตุกระทำการตามหน้าที่

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

 ข้อเท็จจริงโดยสรุป ...............................................................................................................................................

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

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

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

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

 ๑.๓ ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรมผู้เคยตรวจหรือรักษา

 ๑.๓.๑ แพทย์ชื่อ ..................................................................................................................................................

ตำแหน่ง …………………………………………………………………………………………………………………………………….................. ผู้ได้ตรวจหรือรักษา ณ โรงพยาบาล

หรือสถานพยาบาล ..............................................................................................................................................................................

 ๑.๓.๒ ความเห็นโดยสรุปของแพทย์ผู้ตรวจหรือรักษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความพิการหรือทุพพลภาพที่เกิดขึ้นตามเอกสารแนบ (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 (...................................................................................)

-๓-

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

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

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

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

๓. ความเห็นของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล

 🞏 เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือถูกประทุษร้ายเพราะเหตุการกระทำตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ (กรณีตามข้อ ๓๙ วรรคหนึ่ง)

 🞏 เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการเพราะเหตุอื่น (กรณีตามข้อ ๓๙ วรรคสอง)

 🞏 หลักสูตรที่ประสงค์ที่จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการ หน่วยงานอื่นของรัฐ องค์กรการกุศลอันเป็นสาธารณะหรือสถาบันที่ได้รับรองจากหน่วยงานของทางราชการ เป็นผู้จัดหรือร่วมจัด

 🞏 ข้าราชการผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพกรณีการทุพพลภาพหรือพิการในครั้งนี้

 🞏 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 ............/........../......................