

# แบบใบลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

(เขียนที่) .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

เรียน .....

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

ข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา

พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา

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

(โปรดระบุ) .....

ข้อเท็จจริงโดยสรุป .....

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

๑.๓ ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ  
ทางเวชกรรม ผู้เคยตรวจหรือรักษา

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

๓. ความเห็นของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล

- เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ (กรณีตามข้อ ๓๙ วรรคหนึ่ง)
  - เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ เพราะเหตุอื่น (กรณีตามข้อ ๓๙ วรรคสอง)
  - หลักสูตรที่ประสงค์ที่จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการ หน่วยงานอื่นของรัฐ องค์กรการกุศลอันเป็นสาธารณะหรือสถาบันที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานของทางราชการ เป็นผู้จัดหรือร่วมจัด
  - ข้าราชการ/พนักงานในสถาบันอุดมศึกษาผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรม หลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพกรณีทุพพลภาพหรือพิการในครั้งนี้
  - อื่นๆ (ระบุ) .....
- .....
- .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(ตำแหน่ง) .....

วันที่ ...../...../.....

**ความเห็นคุณบดี/ผู้อำนวยการศูนย์ สำนัก**

- เห็นควรอนุญาต
  - ไม่ควรอนุญาต เนื่องจาก.....
- .....

(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
(ตำแหน่ง) .....  
วันที่ ...../...../.....

**ความเห็นรองอธิการบดีฝ่ายบริหาร**

- เห็นควรอนุญาต
  - ไม่ควรอนุญาต เนื่องจาก.....
- .....

(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
รองอธิการบดี ฝ่ายบริหาร  
วันที่ ...../...../.....

**คำสั่งอธิการบดี**

- เห็นควรอนุญาต
  - ไม่ควรอนุญาต เนื่องจาก.....
- .....

(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์  
วันที่ ...../...../.....