**แบบใบลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ**

เขียนที่ ..................................................

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

**เรื่อง** ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

**เรียน** นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนราธิวาส

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

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

มีความประสงค์ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ จึงขอเสนอรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ขอ

๑.๑ ประวัติการรับราชการ

๑.๑.๑ ขณะได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

ดำรงตำแหน่ง ....................................................................ระดับ ........................................................................

สังกัด ........................................................................................................ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนราธิวาส

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

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

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

๑.๑.๒ ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง ................................ ระดับ ......................................................

สังกัด ........................................................................... องค์การบริหารส่วนจังหวัดนราธิวาส

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

🞏 ถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่

🞏 เหตุอื่นใดนอกจากเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ / เหตุกระทำการตามหน้าที่

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

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

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

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

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

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

๑.๓ ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรมผู้เคยตรวจหรือรักษา

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

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

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

๑.๓.๒ ความเห็นโดยสรุปของแพทย์ผู้ตรวจหรือรักษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความพิการหรือทุพพลภาพที่เกิดขึ้นตามเอกสารแนบ (เช่น มีความพิการทางอวัยวะใดบ้าง ตั้งแต่วัน เดือน ปีใด 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 และเอกสารที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) จำนวน ................... ฉบับ มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

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

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

๓. ความเห็นของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล

🞏 เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือถูก

ประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

(กรณีตามข้อ ๓5 วรรคหนึ่ง)

🞏 เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการเพราะเหตุอื่น

(กรณีตามข้อ ๓5 วรรคสอง)

🞏 หลักสูตรที่ประสงค์ที่จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการ หน่วยงานอื่น

ของรัฐ องค์กรการกุศลอันเป็นสาธารณะหรือสถาบันที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงาน

ของทางราชการ เป็นผู้จัดหรือร่วมจัด

🞏 ข้าราชการผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ

กรณีการทุพพลภาพหรือพิการในครั้งนี้

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

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

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

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

ตำแหน่ง ......................................................

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

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

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

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

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

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

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

-๔-

คำสั่ง

🞏 อนุญาต 🞏 ไม่อนุญาต

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

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

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

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

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