<u>แบบใบลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ</u>

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรื่อง ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

เรียน .....

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

สังกัด .....มีความประสงค์ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ จึงขอเสนอรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. <u>ข้อมูลเกี่ยวกับพนักงาน</u>

๑.๑ ประวัติการทำงาน

๑.๑.๑ ขณะได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ ดำรงตำแหน่ง.....สังกัด.....

ปฏิบัติหน้าที่ (โดยย่อ).....

.....

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

๑.๑.๒ ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....

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

.....

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

๑.๑.๓ ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

๑.๒ สาเหตุที่ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ เนื่องจาก

◯ ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่

◯ ถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่

◯ เหตุอื่นใดนอกจากเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่ หรือเหตุกระทำการตามหน้าที่

(โปรดระบุ).....

ข้อเท็จจริงโดยสรุป.....

.....

.....

เหตุเกิดที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

๑.๓ ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรมผู้เคยตรวจหรือรักษา

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

๑.๓.๒ ความเห็นโดยสรุปของแพทย์ผู้ตรวจหรือรักษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความพิการหรือทุพพลภาพที่เกิดขึ้นตามเอกสารแนบ (เช่น มีความพิการทางอวัยวะใดบ้าง ตั้งแต่วันเดือนปีใด เป็นต้น)

.....

.....

.....

๒. <u>ข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตรการฝึกอบรม</u>

๒.๑ มีความประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรม

◯ หลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน 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. <u>ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น</u>

- ◯ เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่ หรือถูกประทุษร้าย เพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ
- ◯ เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการเพราะเหตุอื่น
- ◯ หลักสูตรที่ประสงค์ที่จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการ หน่วยงานอื่นของรัฐ องค์กรการกุศลอันเป็นสาธารณะหรือสถาบันที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานของทางราชการ เป็นผู้จัดหรือร่วมจัด
- ◯ พนักงานมหาวิทยาลัยผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน หรือที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพกรณีการทุพพลภาพหรือพิการในครั้งนี้
- ◯ อื่นๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

<u>ความเห็นหัวหน้าส่วนงาน</u>

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

<u>คำสั่งผู้มีอำนาจอนุญาต</u>

◯ **อนุญาต** ◯ **ไม่อนุญาต**

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....