



มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

เรียน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

มีความประสงค์ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านอาชีพ จึงขอเสนอรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา
ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ขอ

1.1 ประวัติการทำงาน

1.1.1 ขณะได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

ดำรงตำแหน่ง.....สังกัด.....

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

1.1.2 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....สังกัด.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

1.2 สาเหตุที่ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วย จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

เหตุเกิดที่

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เนื่องจาก

ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่

ถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่

เหตุอื่นใดนอกจากเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่/เหตุกระทำการตามหน้าที่

(โปรดระบุ).....

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

1.3 ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรม
ผู้เคยตรวจหรือรักษา

1.3.1 แพทย์ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
ผู้ได้ตรวจหรือรักษา ณ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล.....

1.3.2 ความเห็นโดยสรุปของแพทย์ผู้ตรวจหรือรักษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความพิการหรือ
ทุพพลภาพที่เกิดขึ้นตามเอกสารแนบ (เช่น มีความพิการทางอวัยวะใดบ้าง ตั้งแต่วันที่เดือนปีใด เป็นต้น)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตรการฝึกอบรม

2.1 มีความประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรม

หลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน หรือ
หลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ

ชื่อหลักสูตร.....

ซึ่งจัดโดย.....

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

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

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

2.2 พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานเกี่ยวกับหลักสูตรที่ประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมในข้อ 2.1 และ
เอกสารที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) จำนวน.....ฉบับ มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

3. ความเห็นของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล

เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่ หรือถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการเพราะเหตุอื่น

หลักสูตรที่ประสงค์ที่จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการหน่วยงานอื่นของรัฐ องค์กรการกุศลอันเป็นสาธารณะหรือสถาบันที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานของทางราชการ เป็นผู้จัดหรือร่วมจัด

พนักงานผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรือจำเป็นต่อการประกอบอาชีพกรณีทุพพลภาพหรือพิการในครั้งนี้

อื่น ๆ (ระบุ).....

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

(ลงชื่อ).....

(ตำแหน่ง).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....
.....

(ลงชื่อ).....

(ตำแหน่ง).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คำสั่ง

() อนุญาต () ไม่อนุญาต

.....
.....

(ลงชื่อ).....

(ตำแหน่ง).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.