**แบบใบลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ**

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

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

เรื่อง ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

เรียน ..........................................................

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

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 จนทำให้ตำเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

เหตุเกิดที่...........................................................................................................................

ตำบล.............................................อำเภอ ............................................จังหวัด ...........................................

เมื่อวันที่ ..........เดือน................................พ.ศ. ..........

เนื่องจาก

ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่

ถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่

เหตุอื่นใดนอกจากเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่/เหตุกระทำการตามหน้าที่

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

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

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

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

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

-๒-

๑.๓ ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรมผู้เคยตรวจหรือรักษา

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

ตำแหน่ง.........................................................................................ผู้ได้ตรวจหรือรักษา ณ โรงพยาบาลหรือ

สถานพยาบาล ..............................................................................................................................................

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

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

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

๓. ความเห็นของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล

เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือถูก

ประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือ

พิการ (กรณีตามข้อ ๓๙ วรรคหนึ่ง)

เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

เพราะเหตุอื่น (กรณีตามข้อ ๓๙ วรรคสอง)

หลักสูตรที่ประสงค์ที่จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการ

หน่วยงานอื่นของรัฐ องค์กรการกุศลอันเป็นสาธารณหรือสถาบันที่ได้รับการ

รับรองจากหน่วยงานของทางราชการ เป็นผู้จัดหรือร่วมจัด

ข้าราชการผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟู

สมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือที่จำเป็นต่อการประกอบ

อาชีพกรณีทุพพลภาพหรือพิการในครั้งนี้

-๓-

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

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

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

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

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

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

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

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าส่วนราชการ

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

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

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

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

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

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

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

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับปลัดกระทรวง/หัวหน้าส่วนราชการขึ้นตรง (กรณีการลาเกิน ๖ เดือน)

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

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

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

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

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

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

คำสั่ง

อนุญาต ไม่อนุญาต

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

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

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

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

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

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