**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....../....................../..........