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