**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 จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

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

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

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

- 2 -

เนื่องจาก

🞏 ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่

🞏 ถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่

🞏 เหตุอื่นใดนอกจากเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่/เหตุกระทำการตามหน้าที่

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

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

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

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

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

๑.๓ ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรม ผู้เคยตรวจหรือรักษา

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

ตำแหน่ง ................................................................................................. ผู้ได้ตรวจหรือรักษา ณ โรงพยาบาล

หรือสถานพยาบาล ..........................................................................................................................................

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

- 3 -

๒.๒ พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานเกี่ยวกับหลักสูตรที่ประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมใน  
ข้อ ๒.๑ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) จำนวน ......... ฉบับ มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

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

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

๓. ความเห็นของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล

🞏 เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือถูกประทุษร้าย เพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

(กรณีตามข้อ ๓๖ วรรคหนึ่ง)

🞏 เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

เพราะเหตุอื่น (กรณีตามข้อ ๓๖ วรรคสอง)

🞏 หลักสูตรที่ประสงค์ที่จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการ

หน่วยงานอื่นของรัฐ องค์กรการกุศลอันเป็นสาธารณะหรือสถาบันที่ได้รับการรับรอง

จากหน่วยงานของทางราชการ เป็นผู้จัดหรือร่วมจัด

🞏 ข้าราชการผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพกรณีทุพพลภาพหรือพิการในครั้งนี้

🞏 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................................

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

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

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

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

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

- 4 -

**ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าส่วนราชการ**

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

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

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

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

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

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

**ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับปลัดกระทรวง (กรณีการลาเกิน 6 เดือน)**

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

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

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

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

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

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

**คำสั่ง** 🗆 อนุญาต 🗆 ไม่อนุญาต

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

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

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

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

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

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