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