**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 สาเหตุที่ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วย จนทำให้ตกเป็นผู้เจ็บป่วยทุพพลภาพหรือพิการ

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

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

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

เนื่องจาก

􀀍 ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่

􀀍 ถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำตามหน้าที่

􀀍 เหตุอื่นใดนอกจากเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่/เหตุกระทำการตามหน้าที่

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

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

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

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

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

๑.๓ ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรมผู้เคยตรวจหรือรักษา

๑.๓.๑ แพทย์ชื่อ.................................................ตำแหน่ง.......................................................

ผู้ได้ตรวจหรือรักษา ณ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล.......................................................................................

 ๑.๓.๒ ความเห็นโดยสรุปของแพทย์ผู้ตรวจหรือรักษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความพิการ หรือ

ทุพพลภาพที่เกิดขึ้นตามเอกสารแนบ 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**

􀀍 เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือถูกประทุษร้าย เพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ (กรณีตามข้อ ๓๙ วรรคหนึ่ง)

􀀍 เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการเจ็บป่วย จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการเพราะเหตุอื่น (กรณีตามข้อ ๓๙ วรรคสอง)

􀀍 หลักสูตรที่ประสงค์ที่จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการ หน่วยงานอื่นของรัฐ องค์กรการกุศลอันเป็นสาธารณะ หรือสถาบันที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานของทางราชการเป็นผู้จัดหรือร่วมจัด

􀀍 ข้าราชการผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพกรณีการทุพพลภาพ หรือพิการในครั้งนี้

􀀍 อื่นๆ (ระบุ).................................................................................................................................

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

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

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

**ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าส่วนราชการ**

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

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

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

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

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

**ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับปลัดกระทรวง/หัวหน้าส่วนราชการขึ้นตรง (กรณีการลาเกิน ๖ เดือน)**

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

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

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

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

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

**คำสั่ง**

􀀍 อนุญาต 􀀍 ไม่อนุญาต

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

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

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

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

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