**แบบใบลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ**

(เขียนที่)........................................................

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

เรื่อง ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

เรียน ........................................................

 ข้าพเจ้า.................................................................ตำแหน่ง..............................................................

ระดับ................................................................. สังกัด................................................................................................

มีความประสงค์ขอลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ จึงขอเสนอรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ขอ

๑.๑ ประวัติการปฏิบัติงาน

 ๑.๑.๑ ขณะได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ 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/แขวง........................................... อำเภอ/เขต.............................................จังหวัด...........................................

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

๒

เนื่องจาก ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่

 ถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่

 เหตุอื่นใดนอกจากเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่/เหตุกระทำการตามหน้าที่

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

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

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

 ๑.๓ ความเห็นของแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรม

ผู้เคยตรวจหรือรักษา

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

ตำแหน่ง.............................................................................................................. ผู้ได้ตรวจหรือรักษา ณ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล.......................................................................................................................................................

 ๑.๓.๒ ความเห็นโดยสรุปของแพทย์ผู้ตรวจหรือรักษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความพิการหรือทุพพลภาพที่เกิดขึ้นตามเอกสารแนบ (เช่น มีความพิการทางอวัยวะใดบ้าง ตั้งแต่วันเดือนปีใด เป็นต้น)

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

1. ข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตรการฝึกอบรม

 ๒.๑ มีความประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรม

 หลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน 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)................................................................

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

1. ความเห็นของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริหารบุคคล

เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติงานในหน้าที่ หรือถูก ประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำการตามหน้าที่ จนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการ

 เป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บจนทำให้ตกเป็นผู้ทุพพลภาพหรือพิการเพราะเหตุอื่น

หลักสูตรที่ประสงค์จะลาไปเข้ารับการฝึกอบรมเป็นหลักสูตรที่ส่วนราชการ หน่วยงานอื่น ของรัฐ องค์กรการกุศลอันเป็นสาธารณะหรือสถาบันที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงาน ของทางราชการ เป็นผู้จัดหรือร่วมจัด

ผู้ปฏิบัติงานผู้นี้ยังไม่เคยลาไปเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน หรือจำเป็นต่อการประกอบอาชีพ กรณีการทุพพลภาพหรือพิการ ในครั้งนี้

อื่น ๆ (ระบุ)............................................................................................................................

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

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

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

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

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

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าส่วนงาน

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

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

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

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

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