

ใบลาไปศึกษาหรือฝึกอบรมภายในประเทศ

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล...
วันที่ ... เดือน ... พ.ศ. ๒๕๖...

เรื่อง ขออนุมัติลาไปศึกษาหรือฝึกอบรมหลักสูตร/สาขาวิชา...

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดราชบุรี (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เกิดวันที่ ...
เดือน ... พ.ศ. ๒๕... อายุ ... ปี ... เดือน ... วัน (นับถึงวันเปิดการศึกษา) รับราชการเป็นข้าราชการพล
เรือน ตั้งแต่วันที่ ... เดือน ... พ.ศ. ๒๕... ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง นักวิชาการ/พยาบาลวิชาชีพ/เจ้า
พนักงาน... ระดับ ปฏิบัติงาน/การ,ชำนาญงาน/การ กอง กลุ่มงาน... โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล..
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี กรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข รวมเวลารับราชการ ... ปี ... เดือน ได้รับเงินเดือน ๆ ละ ๐๐,๐๐๐ บาท มีความ
ประสงค์จะขอลาไปศึกษาหรือฝึกอบรมหลักสูตร/สาขาวิชา..... ณ (ชื่อ
สถานศึกษา)..... มีกำหนด ... ปี ... เดือน การศึกษาหรือ
ฝึกอบรมจะเริ่มในวันที่ ... เดือน ... พ.ศ. ๒๕๖... ถึงวันที่ ... เดือน ... พ.ศ. ๒๕๖...

ครั้งสุดท้ายข้าพเจ้าได้ลาไปศึกษาหรือฝึกอบรมภายในประเทศในหลักสูตร/สาขาวิชา
..... ณ (ชื่อสถานศึกษา).....
ตั้งแต่วันที่ ... เดือน ... พ.ศ. ๒๕๖... ถึงวันที่ ... เดือน ... พ.ศ. ๒๕๖...

ข้าพเจ้าได้รับทราบระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้ข้าราชการลาไปศึกษาและ
ฝึกอบรมภายในประเทศแล้ว และจะปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวโดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้ามีร่างกายสมบูรณ์ ขณะนี้มิได้เจ็บป่วยอย่างใด และเห็นว่าหลักสูตร/สาขาวิชาที่
ข้าพเจ้าขอลาไปศึกษาหรือฝึกอบรมนี้จะเป็นประโยชน์แก่ราชการ คือ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)
(นาย/นาง/นางสาว...)
นักวิชาการ/พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าพนักงาน...

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (ผู้อำนวยการกอง หรือเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว... ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก ขอรับรองว่า
ตามที่ นาย /นาง/นางสาว..... ขออนุมัติไปศึกษาหรือฝึกอบรม
หลักสูตร/สาขาวิชา..... มีความสำคัญและ
เป็นประโยชน์แก่ทางราชการ เมื่อสำเร็จการศึกษาหรือฝึกอบรมแล้วจะให้ปฏิบัติงานให้ตรงกับวิชาที่ผู้นี้ได้
ศึกษาหรือฝึกอบรม และเมื่อได้รับอนุมัติให้ลาไปศึกษาหรือฝึกอบรมแล้วจะไม่เกิดความเสียหายแก่ทาง
ราชการ จะไม่ตั้งอัตราค่าจ้างเพิ่ม และไม่เกินจำนวนข้าราชการที่ไปศึกษาหรือฝึกอบรมสำหรับปีนี้

(ลงชื่อ)

(นาย/นาง/นางสาว...)

สาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำสั่ง

() อนุมัติ

() ไม่อนุมัติ

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

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ขอลาไปศึกษาหรือฝึกอบรมจะต้องไปทำสัญญากับกรมหรือส่วนราชการเจ้าสังกัดที่มีฐานะ
เทียบเท่ากรม