



แบบฟอร์มลาป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลาป่วย

เรียน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่ง..... สังกัด คณะ/สำนัก/ฝ่าย/ศูนย์.....

รหัสประจำตัว..... ขอลาป่วยตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

มีกำหนด.....วัน ตั้งแต่เวลา.....น.(โปรดระบุเวลากรณีลาครึ่งวัน)

 มีใบรับรองแพทย์ ไม่มีใบรับรองแพทย์

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ความเห็นผู้บริหารในสายบังคับบัญชา :

 เห็นควรอนุญาต เห็นควรไม่อนุญาต

เนื่องจาก.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ความเห็นผู้บริหารสูงสุดในสายบังคับบัญชา :

 อนุญาต ไม่อนุญาต

เนื่องจาก.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ผู้รับทราบและบันทึกสถิติการลา (ฝ่ายทรัพยากรบุคคล) :

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

สถิติการลาป่วยในปีการศึกษานี้

ลามาแล้ว	ลาคั้งนี้	รวมเป็น
.....วันวันวัน

หมายเหตุ : - ลาป่วยลาได้เท่าที่ป่วยจริงโดยแจ้งการลาในวันแรกที่ลาหรือในโอกาสที่สามารถแจ้งได้หรือในวันแรกที่มาทำงาน

- การลาป่วยตั้งแต่ 3 วันทำการติดต่อกันต้องนำไปรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งมาแสดงด้วย ในกรณีผู้ปฏิบัติงานไม่อาจแสดงใบรับรองแพทย์ได้ ให้ถือว่าผู้นั้นขาดงาน