

ใบแสดงความจำนงขอศึกษาและฝึกอบรมภายในประเทศ

- ☐ เรียนเต็มเวลาราชการ
☐ เรียนบางช่วงเวลา (เช่น ศุกร์ – อาทิตย์)
☐ เรียนนอกเวลาราชการ

เขียนที่.....โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันที่เปิดการศึกษา)
๓. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....อัตราเงินเดือน.....บาท
ส่วนราชการ (ที่เบิกจ่ายเงินเดือน).....โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต.....สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
ฝ่าย/กลุ่มงาน/งาน.....แผนก.....
ตำบล.....ตลาดใหญ่.....อำเภอ.....เมือง.....จังหวัด.....ภูเก็ต.....
๔. เริ่มปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ☐ ลูกจ้าง ☐ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ☐ พนักงานราชการ
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
รวมอายุการทำงาน.....ปี.....เดือน (นับถึงวันที่เปิดการศึกษา)
๕. เริ่มบรรจุรับราชการในกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
รวมอายุการทำงาน.....ปี.....เดือน (นับถึงวันที่เปิดการศึกษา)
๖. ตำแหน่ง หน้าที่ เริ่มปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบัน
ตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....
ปฏิบัติงานที่ แผนก/หน่วยงาน.....โรงพยาบาล.....
ตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....
ปฏิบัติงานที่ แผนก/หน่วยงาน.....โรงพยาบาล.....
ตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....
ปฏิบัติงานที่ แผนก/หน่วยงาน.....โรงพยาบาล.....
ตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....
ปฏิบัติงานที่ แผนก/หน่วยงาน.....โรงพยาบาล.....
ตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....
ปฏิบัติงานที่ แผนก/หน่วยงาน.....โรงพยาบาล.....
๗. การศึกษาสามัญ.....แผนก.....เมื่อ พ.ศ.....
จากโรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
๘. การศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ปริญญาตรี/ปริญญาโท ณ วันบรรจุเข้ารับราชการถึงปัจจุบัน
วุฒิการศึกษา.....สาขา.....
สถาบันการศึกษา.....สำเร็จการศึกษาเมื่อวันที่.....
วุฒิการศึกษา.....สาขา.....
สถาบันการศึกษา.....สำเร็จการศึกษาเมื่อวันที่.....
๙. เคยรับการอบรม (ตั้งแต่ ๔ เดือนขึ้นไป)
เรื่อง.....จาก.....เมื่อวันที่.....
เรื่อง.....จาก.....เมื่อวันที่.....
๑๐. เคยดูงานหรือศึกษาในต่างประเทศ
เรื่อง.....ประเทศ.....จาก.....เมื่อวันที่.....
เรื่อง.....ประเทศ.....จาก.....เมื่อวันที่.....

๑๐. ครั้งสุดท้ายได้ลาไปศึกษาวิชา.....ได้รับปริญญา.....
สถานศึกษา.....ระยะเวลา.....ปี.....เดือน
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ต้องขอใช้ทุน/ปฏิบัติราชการใช้ กำหนด.....ปี.....เดือน
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑๑. ในครั้งนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงเพื่อเข้าศึกษาต่อ ระดับการศึกษา

☐ ประกาศนียบัตร ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก ☐ วุฒิปัต ☐ อนุมัติบัตร

- หลักสูตร.....สาขาวิชา.....

ระยะเวลาในการศึกษาหลักสูตรนี้.....ปี.....เดือน สถานศึกษา.....

.....เปิดการศึกษา.....

☐ ประกาศนียบัตร ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก ☐ วุฒิปัต ☐ อนุมัติบัตร

- หลักสูตร.....สาขาวิชา.....

ระยะเวลาในการศึกษาหลักสูตรนี้.....ปี.....เดือน สถานศึกษา.....

.....เปิดการศึกษา.....

☐ ประกาศนียบัตร ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก ☐ วุฒิปัต ☐ อนุมัติบัตร

- หลักสูตร.....สาขาวิชา.....

ระยะเวลาในการศึกษาหลักสูตรนี้.....ปี.....เดือน สถานศึกษา.....

.....เปิดการศึกษา.....

๑๒. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความจำนง
(.....)

ความเห็นหัวหน้างาน/หอผู้ป่วย

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

หัวหน้างาน/หอผู้ป่วย.....

...../...../.....

ความเห็นหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน

☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต ระบุ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน.....

...../...../.....

ความเห็นและคำรับรองของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ ระบุ.....

ผู้แสดงความจำนงนี้เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย การปฏิบัติงานดี จึงเห็นสมควรอนุญาตให้เข้าศึกษาต่อได้ตามความประสงค์ เพราะจะไม่มีผลเสียหายแก่ราชการแต่ประการใดและจะมีผลดี คือ สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(.....)