| ฝายทรัพยากรบุคคล                      |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| เลขรับ                                |  |  |  |  |
| วันที่                                |  |  |  |  |
| เวลา                                  |  |  |  |  |
| เขียนที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ |  |  |  |  |
| วันที่ 28 มกราคม 2559                 |  |  |  |  |

เรื่อง ขอลา ลาพักผ่อน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

ข้าพเจ้า นางสาวกนกอร ภูศรีน้ำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาซีพปฏิบัติการ งาน งานผู้ป่วยใน (ชาย1) ฝ่าย/กลุ่มงาน ฝ่ายการพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีวันลาพักผ่อนสะสุม 2 วันทำการ มีสิทธิลาพักผ่อนประจำปีอีก 10 วัน รวมเป็น 12 วันทำการ ขอลา ลาพักผอน เนื่องจาก มีธุระจำเป็นเรื่องครอบครัว ตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2559 ถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2559 มีกำหนด 2.0 วัน ในระหว่างการลาจะสามารถติดตอข้าพเจ้าได้ที่ 287/4 บานโพธิ์สวาง หมู่ 2 ซ.โยธาวิจิตร ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี

41000 โทรศัพท์ 0836781299

| สถิติการลาปึงบประมาณนี้  |                    | ขอแสดงความนบถอ  |                      |  |
|--|--------------------|---|----------------------|--|
| ประเภทลา ลามาแล้ว ลาครั้งนี้ รวม<br>ลากิจ 1.0 วัน<br>ลาพักผอน 5.0 วัน 2.0 วัน 7        | <b>เป็น</b><br>วัน | ( นางสาวกนกอร ภูศรีน้ำ )<br>28 มกราคม 2559<br>เรียน หัวหน <sup>้</sup> า ฝ่ายการพยาบาล<br>- เห็นควรเสนอผู้อำนวยการพิจารณาอนุญาต |                      |  |
| (ลงชื่อ)   | ผู้ตรวจสอบ         | (ลงชื่อ)  | หัวหน้างาน/รักษาการ  |  |
|  |                    | (   | )                    |  |
| ในการลาครั้งนี้ใด้มอบหมายให้   |                    | /   |                      |  |
| นาย/นาง/น.ส<br>ปฏิบัติงานแทน   |                    | เรียน ผู <sup>้</sup> อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร <sup>์</sup><br>- เพื่อพิจารณาอนุญาต                                |                      |  |
| (ลงชื่อ)   | ผู้มอบ             | (ลงชื่อ)  | หัวหน้าฝ่าย/รักษาการ |  |
| ` ( นางสาวกนกอร ภูศรีน้ำ )<br>28 มกราคม 2559   |                    | (   | )                    |  |
| (ลงชื่อ)   | ผู้รับมอบ          |   |                      |  |
| ()   |                    | คำสั่ง ( )อนุญาต ( )ไม่อนุญาต   |                      |  |
|  |                    | (ลงชื่อ)  | ผู้อำนวยการฯ         |  |
| * สำหรับบุคลุกรที่ปฏิบัตงานไม <b>่ครบ 6</b><br>เดือนไมได้รับสิทธิให้ลาพักผ <b>่</b> อน |                    | ()  |                      |  |
|  |                    |   |                      |  |