**แบบใบลาพักผ่อน**

เขียนที่ โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย

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

เรื่อง ขอลาพักผ่อน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย

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

สังกัด โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

มีวันลาพักผ่อนสะสม............วันทำการ มีสิทธิลาพักผ่อนประจำปีนี้อีก 10 วันทำการ รวมเป็น...........วันทำการ

ขอลาพักผ่อนตั้งแต่วันที่............................................................ถึงวันที่..................................................................

มีกำหนด.......................วัน ในระหว่างลาจะติดต่อข้าพเจ้าได้ที่.............................................................................

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

**สถิติการลาในปีงบประมาณนี้** ขอแสดงความนับถือ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลามาแล้ว**  **(วันทำการ)** | **ลาครั้งนี้**  **(วันทำการ)** | **รวมเป็น**  **(วันทำการ)** |
|  |  |  |

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

ตำแหน่ง.....................................................

ลงชื่อ................................................ผู้ตรวจสอบ **ความเห็นผู้บังคับบัญชา**

(นางธัญลักษณ์ พุ่มชุ่ม) .....................................................................................

**ตำแหน่ง** เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ .....................................................................................

**วันที่**............./.........................../................. (...............................................................)

**ตำแหน่ง**.......................................................................

**วันที่**............../............................./...............

**คำสั่ง**

□ **อนุญาต** □ **ไม่อนุญาต**

(นายศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย

**วันที่**............./.............................................../.................