**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**............./.............................................../.................