

ใบแสดงความจำนงขอสมัครสอบเพื่อศึกษาหรือฝึกอบรมภายในประเทศ

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....  
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก (กรุณาระบุเบอร์โทรศัพท์มือถือ).....
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน (นับถึงวันเปิดการศึกษา)
3. ปัจจุบันเป็น ( ) ข้าราชการ ( ) ลูกจ้างประจำ ( ) ลูกจ้างชั่วคราว ( ) อื่นๆ ระบุ.....  
ตำแหน่ง.....ระดับ.....อัตราเงินเดือน.....บาท  
ส่วนราชการ (ที่เบิกจ่ายเงินเดือน (จ.18).....ปฏิบัติงานจริงที่.....  
ฝ่าย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
4. ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือน (นับถึงวันเปิดการศึกษา)
5. ตำแหน่งหน้าที่ตั้งแต่ปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบัน  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....ตั้งแต่.....ถึง.....  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....ตั้งแต่.....ถึง.....  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....ตั้งแต่.....ถึง.....
6. การศึกษาสามัญ จบชั้น.....แผนก.....เมื่อ พ.ศ.....  
จากโรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
7. การศึกษาระดับวิชาชีพ ได้รับประกาศนียบัตร อนุปริญญาหรือปริญญา  
ชื่อวุฒิการศึกษา.....สถาบัน.....เมื่อวันที่.....  
ชื่อวุฒิการศึกษา.....สถาบัน.....เมื่อวันที่.....
8. เคยรับการอบรมเรื่อง.....จาก.....เมื่อวันที่.....
9. เคยดูงานหรือศึกษาในต่างประเทศ  
หลักสูตร.....ประเทศ.....ตั้งแต่.....ถึง.....
10. ครั้งสุดท้ายได้ลาไปศึกษาหลักสูตร.....สาขาวิชา.....  
สถาบัน.....ระยะเวลา.....ปี.....เดือน ตั้งแต่.....ถึง.....  
ต้องปฏิบัติราชการขอใช้มีกำหนด.....ปี.....เดือน ตั้งแต่.....ถึง.....

**11. ในครั้งนี้ ข้าพเจ้าแสดงความจำนงขอสมัครสอบเพื่อศึกษาหรือฝึกอบรมภายในประเทศ ประจำปีการศึกษา .....**

**11.1 หลักสูตร.....สาขาวิชา.....**

ระดับการศึกษา ( ) ระยะสั้น(ไม่เกิน 4เดือน) ( ) ประกาศนียบัตร ( ) อนุปริญญา  
( ) ปริญญา..... ( ) แพทย์/ทันตแพทย์เฉพาะทาง ( ) อื่นๆ ระบุ.....  
การจัดการศึกษา ( ) ภาคปกติ (ลาศึกษา) ( ) ภาคพิเศษ (เสาร์-อาทิตย์)  
ระยะเวลา .....ปี.....เดือน ณ สถานศึกษา.....เปิดการศึกษา.....

**11.2 หลักสูตร.....สาขาวิชา.....**

ระดับการศึกษา ( ) ระยะสั้น(ไม่เกิน 4เดือน) ( ) ประกาศนียบัตร ( ) อนุปริญญา  
( ) ปริญญา..... ( ) แพทย์/ทันตแพทย์เฉพาะทาง ( ) อื่นๆ ระบุ.....  
การจัดการศึกษา ( ) ภาคปกติ (ลาศึกษา) ( ) ภาคพิเศษ (เสาร์-อาทิตย์)  
ระยะเวลา .....ปี.....เดือน ณ สถานศึกษา.....เปิดการศึกษา.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความจำนง

(.....)

/ความเห็น...

## ความเห็นและคำรับรองของผู้บังคับบัญชา

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือสาธารณสุขอำเภอ หรือ หัวหน้ากลุ่มงาน/งานใน สสจ.เป็นผู้ออกความเห็นและให้คำรับรอง)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง .....

ได้ตรวจใบแสดงความจำนงขอสมัครสอบเพื่อศึกษาหรือฝึกอบรมของ (นาย/นาง/นางสาว).....

แล้ว ขอรับรองว่าหลักสูตร/สาขาและระดับความรู้ที่ให้ไปศึกษาเพิ่มเติมสอดคล้องเป็นประโยชน์กับงาน หรือตำแหน่งที่

ดำรงอยู่ โดย  เป็นความต้องการพัฒนาตาม service plan ของหน่วยงาน

เป็นความต้องการและความจำเป็นของหน่วยงาน

อื่นๆ ระบุ.....

เป็นผู้มีความประพฤติ.....

ผลการปฏิบัติงาน.....

และเห็นสมควรอนุญาตให้สมัครเข้าศึกษาต่อหรือฝึกอบรมได้ตามความประสงค์เพราะจะเกิดประโยชน์แก่ราชการ คือ

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

การพิจารณาอนุญาต (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

( ) อนุญาต ( ) ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....