

คำขอเช่าพักอาศัยในบ้านพักข้าราชการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
() ข้าราชการ ตำแหน่งระดับ.....
() พนักงานราชการ ตำแหน่งระดับ.....
() ลูกจ้างประจำ ตำแหน่งระดับ.....
() ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ตำแหน่ง

ขอแสดงความจำนงต่อคณะกรรมการบ้านพัก เพื่อขอเช่าพักอาศัยในบ้านพักของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ข้าพเจ้าปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....กลุ่มงาน.....
งาน อัตราเงินเดือน ๑ ละ(รวมค่าครองชีพ).....บาท
ได้ปฏิบัติราชการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่ปีพ.ศ. เป็นเวลาประมาณปี

๑. ข้าพเจ้าขอเรียนเหตุผลและความจำเป็นในการขอเช่าพักเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑.๑

๑.๒

๑.๓

๒. ข้าพเจ้ามีบุคคลในครอบครัวที่จะมาพักอาศัยด้วย

๒.๑เกี่ยวข้องเป็น

๒.๒เกี่ยวข้องเป็น.....

๒.๓เกี่ยวข้องเป็น

๓. ปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านเลขที่ หมู่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร

(จากที่พักถึงสำนักงานฯ) ซึ่งบ้านดังกล่าวเป็นของ

() บ้านพักของตนเอง/คู่สมรส () บ้านของบิดา - มารดา () อาศัยอยู่กับ

ญาติ () เช่า เดือนละ.....

() อื่น ๆ

ภูมิลำเนาเดิมบ้านเลขที่ หมู่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร(จากที่พักถึงสำนักงาน ฯ)

๔. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เมื่อได้บ้านพักแล้ว

๔.๑ ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบดูแลบ้านพักให้อยู่ในสภาพที่อยู่เสมอและขอรับผิดชอบในความเสียหายอันเกิด
แก่การกระทำของข้าพเจ้าหรือบริวาร

๔.๒ ข้าพเจ้าจะไม่ทำการต่อเติมอาคารให้ผิดจากสภาพเดิมโดยพลการ

๔.๓ ข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบ ดูแลบุคคลที่เช่าพักอาศัยมิให้ประพฤติผิดระเบียบ

-๒-

๔.๔ ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบการเข้าพักอาศัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีและจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและคำสั่งอันเกี่ยวข้องแก่การเข้าพักอาศัยของสำนักงาน ฯ และจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและคำสั่งอันเกี่ยวข้องแก่การพักอาศัยโดยเคร่งครัด

๔.๕ ข้าพเจ้าจะขนย้ายครอบครัวออกจากอาคารภายใน ๑๕ วัน เมื่อข้าพเจ้าได้รับการแต่งตั้งย้ายไปรับราชการที่อื่น หรือออกจากราชการ หรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สั่งให้ข้าพเจ้าออกจากอาคารไม่ว่ากรณีใด ๆ

๔.๖ ข้าพเจ้าจะเข้าพักอาศัยภายใน ๑๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุญาต ถ้าข้าพเจ้าไม่เข้าพักอาศัยถือว่าสละสิทธิ์

๔.๗ ข้าพเจ้าจะไม่ยินยอมให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้สิทธิ์เข้าพักอาศัยแทนข้าพเจ้าเป็นอันขาด

๔.๘ หากข้าพเจ้ากระทำหรือละเว้นการกระทำอันเป็นเหตุให้ผิดระเบียบการใช้บ้านพัก ข้าพเจ้าขอยืนยันจะปฏิบัติตามคำสั่งขนย้ายครอบครัวและปริวารออกจากบ้านพักนี้ภายใน ๑๕ วัน

(ลงชื่อ)ผู้ขอ
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่/...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง(หน.กลุ่มงาน)
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่/...../.....