



การประปาส่วนภูมิภาค ใบลางาน/หยุดงาน (Absence)

เลขที่

วันที่

ส่วนที่ ๑ : คำขอลางาน/หยุดงาน

ด้วย นาย/นาง/นางสาว.....รหัสพนักงาน.....

ตำแหน่ง :.....ชั้น.....สังกัดงาน :.....

การประปาส่วนภูมิภาคสาขา /กอง :.....การประปาส่วนภูมิภาคเขต /ฝ่าย/ สำนัก.....

สายงาน :.....มีความจำเป็นที่ขอ

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ลาป่วย (๑๐๐๐) | <input type="checkbox"/> ลาไปศึกษาเพิ่มเติม คุงาน (๑๐๐๙) | <input type="checkbox"/> ลาป่วยโดยไม่ได้รับเงินเดือน (๑๐๑๒) |
| <input type="checkbox"/> ลาป่วยมีใบรับรองแพทย์ (๑๐๐๑) | <input type="checkbox"/> ลาติดตามคู่สมรส (๑๐๑๑) | <input type="checkbox"/> ลากิจส่วนตัวโดยไม่ได้รับเงินเดือน (๑๐๑๕) |
| <input type="checkbox"/> กรณีแพทย์ให้รักษา/หยุดพักตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป | <input type="checkbox"/> ลาไปต่างประเทศโดยได้รับเงินเดือน (๑๐๑๐) | <input type="checkbox"/> ลาไปต่างประเทศโดยไม่ได้รับเงินเดือน (๑๐๑๓) |
| <input type="checkbox"/> กรณีเป็นโรคที่เทียบเคียงกับโรคเรื้อรังตามกฎหมายกระทรวงกำหนด | <input type="checkbox"/> ลาเนื่องจากราชการทหาร (๑๐๐๘) | <input type="checkbox"/> ลาคลอดบุตร (๑๐๐๔) |
| <input type="checkbox"/> ลาพักผ่อนประจำปี (๑๐๐๓) | <input type="checkbox"/> ลากิจเกี่ยวกับการทำหมัน (๑๐๑๙) | <input type="checkbox"/> ลากิจส่วนตัวเพื่อเลี้ยงดูบุตร (๑๐๑๖) |
| <input type="checkbox"/> ลากิจส่วนตัว (๑๐๐๒) | <input type="checkbox"/> ลาไปช่วยภริยาที่คลอดบุตรโดย | <input type="checkbox"/> ลาไปช่วยภริยาที่คลอดบุตรโดย |
| <input type="checkbox"/> ลาป่วยเพราะประสบอันตรายจากการปฏิบัติงาน (๑๐๒๒) | ไม่ได้รับเงินเดือน (๑๐๑๘) | ได้รับเงินเดือน (๑๐๐๕) |

มีกำหนดดังนี้

วันที่เริ่มลา	วันที่สิ้นสุดการลา	รวม (วัน)	เวลา (กรณีลาครึ่งวัน)

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการลาดังรายการต่อไปนี้ ใบรับรองแพทย์

อื่นๆ ระบุ.....

ในระหว่างที่ข้าพเจ้าลาหยุดงานครั้งนี้ หากมีการงานด่วนให้ติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....

ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ ๒ : ความเห็น

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้างานหรือเทียบเท่า

.....

.....

.....

ลงชื่อ :.....

ตำแหน่ง :..... วันที่ :.....

๒. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับผู้อำนวยการกองหรือเทียบเท่า

.....

.....

.....

ลงชื่อ :.....

ตำแหน่ง :..... วันที่ :.....

๓. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับสำนัก/ฝ่ายหรือเทียบเท่า

.....

.....

.....

ลงชื่อ :.....

ตำแหน่ง :..... วันที่ :.....

๔. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับผู้ช่วยผู้ว่าการหรือเทียบเท่า

.....

.....

.....

ลงชื่อ :.....

ตำแหน่ง :..... วันที่ :.....

๕. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับรองผู้ว่าการ

.....

.....

.....

ลงชื่อ :.....

ตำแหน่ง :..... วันที่ :.....

๖. ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุญาต

.....

.....

.....

ลงชื่อ :.....

ตำแหน่ง :..... วันที่ :.....