**กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง**

**ใบแสดงความจำนงขอไปศึกษาและฝึกอบรมภายในประเทศ**

เขียนที่…(หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน)…………

**ต้องเป็นวันก่อนวันสมัครเข้าศึกษา**

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

1. ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)………......…..……………….................……นามสกุล…………………..…………………….….…………

2. เกิดวันที่ …….…………เดือน…………...................…………พ.ศ….……….....…….อายุ …….……….ปี (นับถึงวันเปิดการศึกษา)

3. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง…………............……………….…………..……ระดับ…………………อัตราเงินเดือน……….........…….. บาท

ส่วนราชการ(ที่เบิกจ่ายเงินเดือน)................................................สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน................................................

ฝ่าย...........................................ตำบล...........................................อำเภอ......................................จังหวัด...........................

4. รับราชการในกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่วันที่ ……..…..…เดือน……………..…..………...…………….…พ.ศ.…....……..…………..

รวมอายุราชการ………………….ปี………….……เดือน (นับถึงวันที่เปิดการศึกษา)

5. ตำแหน่งหน้าที่ตั้งแต่เริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน

ตำแหน่ง……………………..………………ปฏิบัติงานที่…………..…………….………ตั้งแต่…………….…….….……ถึง…………………….

ตำแหน่ง……………………..………………ปฏิบัติงานที่…………..…………….………ตั้งแต่…………….…….….……ถึง…………………….

ตำแหน่ง……………………..………………ปฏิบัติงานที่…………..…………….………ตั้งแต่…………….…….….……ถึง…………………….

6. การศึกษาสามัญ..........................................แผนก................................................................. เมื่อ พ.ศ...........................

จากโรงเรียน............................................................อำเภอ.......................................จังหวัด.............................................

7. การศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ปริญญาบัตร ณ วันบรรจุเข้ารับราชการถึงปัจจุบัน (ชื่อวุฒิการศึกษา)

.............................................. สถาบันการศึกษา.....................................เมื่อวันที่ .........เดือน.....................พ.ศ.............

.............................................. สถาบันการศึกษา.....................................เมื่อวันที่ .........เดือน.....................พ.ศ.............

8. เคยรับการอบรม

เรื่อง……………………………………………..……….…………………จาก……………...…………………..………..…….เมื่อวันที่ ……………….

เรื่อง……………………………………………..……….…………………จาก……………...…………………..………..…….เมื่อวันที่ ……………….

เรื่อง……………………………………………..……….…………………จาก……………...…………………..………..…….เมื่อวันที่ …………………

9. เคยดูงานหรือศึกษาในต่างประเทศ

เรื่อง………………………………………............……..…ประเทศ...............................จาก…….........……….เมื่อวันที่ .....…………………

เรื่อง………………………………………............……..…ประเทศ...............................จาก…….........……….เมื่อวันที่.....…………………

10. ครั้งสุดท้ายได้ลาไปศึกษาวิชา……………………………….............………….ได้รับปริญญา.............……………..........................

สถาบันที่ศึกษา……………………………………………………………............…............................……ระยะเวลา……ปี……..………เดือน

ตั้งแต่วันที่ ........................................ถึงวันที่……………..........……..…………ต้องชดใช้ทุน/ปฏิบัติราชการใช้ กำหนด…….……ปี….......เดือน.......... ตั้งแต่วันที่……เดือน………………..พ.ศ………ถึงวันที่…………เดือน.……….……………พ.ศ.............................

/11. ในครั้งนี้...

-2-

**กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง**

11. ในครั้งนี้ ข้าพเจ้า ขอแสดงความจำนงเพื่อเข้าศึกษาต่อระดับการศึกษา(ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาโท/ปริญญาเอก/เฉพาะทาง).....................................................................หลักสูตร..................................................

- สาขา วิชา.........................................................................ระยะเวลาในการศึกษาหลักสูตรนี้..........ปี...................เดือน

ณ สถานที่ศึกษา 1)............................................................................................................................................................

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

2)............................................................................................................................................................

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

- สาขา วิชา.........................................................................ระยะเวลาในการศึกษาหลักสูตรนี้..........ปี...................เดือน

ณ สถานที่ศึกษา 1)............................................................................................................................................................

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

2)............................................................................................................................................................

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

12. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)………..……………………….……………ผู้แสดงความจำนง

( )

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

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

อนุญาต ไม่อนุญาต

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

ลงชื่อ....(ผอ.รพ. /สสอ.)..............

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

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

วันที่............../................................/...............

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป

อนุญาต ไม่อนุญาต

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

ลงชื่อ.......(นพ.สสจ.แพร่)....................

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

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

วันที่............../................................/...............