



บันทึกข้อความ

1) พิมพ์ ความประสงค์ในการลา เช่น ลาป่วยหรือลากิจ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
ที่ 003/2566 วันที่ 21 มิถุนายน 2566

เรื่อง ขออนุญาตลาป่วย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ข้าพเจ้า นางสาวใจดี ดีใจ รหัสนักศึกษา 661234567 มีความประสงค์ขออนุญาตลาป่วยในระหว่างวันที่ 21-27 มิถุนายน 2566 เนื่องจาก มีอาการเจ็บคอ ไอ มีน้ำมูก และผลตรวจพบเชื้อโควิด-19 ดังมีรายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาด้วย

ในระหว่างการลาสามารถติดต่อข้าพเจ้า เบอร์โทรศัพท์ 012-3456789 โดยข้าพเจ้าจะรับผิดชอบในการติดตามเนื้อหา และภาระงานที่อาจารย์ผู้สอนมอบหมายในรายวิชา ดังตารางต่อไปนี้

รายวิชา	อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา	จำนวนชั่วโมง	คิดเป็นร้อยละของเวลาเรียนทั้งหมด
GEN1001 วิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ในชีวิตประจำวัน	ผศ.ดร.สมบูรณ์	3	6.67
GEN2001 ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสาร 1	อ.ประสบการณ์	3	6.67
GEN4004 การเป็นผู้ประกอบการในเขตเศรษฐกิจพิเศษ	ผศ.ดร.สุทธิพร	3	6.67
GEN1003 เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสื่อสารและการเรียนรู้	อ.กานุพันธ์	3	6.67

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

[Redacted Signature]

(นางสาวใจดี ดีใจ)
นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์

ความคิดเห็น (อาจารย์น้ำใจ ดีงาม) อาจารย์ที่ปรึกษา	ความคิดเห็น (อาจารย์สุทธดา ตั้งอยู่ดี) ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกิจการพิเศษ และพัฒนานักศึกษา
ความคิดเห็น (อาจารย์มนิรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์) รองคณบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพ	

6) ขั้นตอนสุดท้ายให้นักศึกษานำเอกสารส่งเจ้าหน้าที่ ที่สำนักคณบดีเพื่อใส่เลขที่เอกสาร

2) นักศึกษาพิมพ์รายละเอียดในเอกสารให้ครบถ้วน

4) ปกรินท์เอกสารออกมา แล้วให้นักศึกษาเซ็นชื่อของตัวเอง พร้อมแนบใบรับรองแพทย์

3) นักศึกษาพิมพ์ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

5) นำเอกสารให้อาจารย์เขียนแสดงความคิดเห็นและเซ็นชื่อตามลำดับ

ใบรับรองแพทย์

เล่มที่..... เลขที่.....

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....
หมายเลขบัตรประชาชน..... ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1 โรคประจำตัว ไม่มี มี(ระบุ).....
2 อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ไม่มี มี(ระบุ).....
3 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี(ระบุ).....
4 ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
ในกรณีที่ไม่สามารถรับรองเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง..... (๑)
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....
สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....
แล้วเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก. - ความสูง.....เซนติเมตร - ความดันโลหิต..... มม.ปรอท - ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตที่เห็นเหือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๒) วัณโรคในระยะอันตราย
- (๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์..... (๒)

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนกับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 8/2551 วันที่ 14 สิงหาคม 2551

แบบใบรับรองแพทย์