

แบบฟอร์มประกอบการขออนุมัติลาศึกษาต่อ/อบรมระยะสั้น
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ขออนุมัติกรอก)

1.1 ชื่อ- นามสกุล..... อายุ.....ปี

1.2 วุฒิการศึกษาสูงสุด.....
ปีที่จบการศึกษา.....

1.3 ตำแหน่งงานปัจจุบัน.....
ระดับ.....หน่วยงาน.....

ปี พ.ศ. ที่เข้ามาทำงานในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน อายุงาน.....ปี

อายุงานที่ปฏิบัติงานในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ตรงกับวุฒิการศึกษา.....ปี

การศึกษา/อบรมที่เคยได้รับตั้งแต่ปฏิบัติงานในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

เฉพาะการอบรมภายนอกที่เกิน 7 วัน (ระบุชื่อหลักสูตรและปีที่อบรม)

1.4 หลักสูตรที่ต้องการศึกษาต่อ.....

สถาบันการศึกษา.....

ระยะเวลาที่ศึกษา.....ปี.....เดือน

ค่าใช้จ่ายตลอดหลักสูตร..... บาท (ไม่รวมค่าเดินทาง)

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ถ้ามี (เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูงาน, การเดินทางไปต่างประเทศ).....บาท

ทุนการศึกษา : ขออนุมัติหน่วยงานต้นสังกัด จำนวนเงินที่ต้องการ.....บาท

หน่วยงานภายนอก ระบุ.....

ทุนส่วนตัว

1.5 การมีส่วนร่วมในงานระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหรือระบบประกันคุณภาพการศึกษา

เป็นกรรมการ ระบุการเป็นกรรมการและระยะเวลา.....

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

มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ระบุงานที่ทำและระยะเวลา.....

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

1.6 การมีส่วนร่วมในงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ซึ่งไม่ใช่
งานประจำในหน่วยงานของท่าน

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

ลงชื่อ.....

วัน/เดือน/ปี.....

ผู้ขออนุมัติ

2. บทวิเคราะห์และความเห็นหัวหน้าสาขา/หัวหน้างาน (ผู้บังคับบัญชากรอก)

2.1 ในหน่วยงานของท่านมีบุคลากรทั้งสิ้น.....คน

ชื่อตำแหน่ง	จำนวนที่ต้องมี	จำนวนที่มีในปัจจุบัน	ขาด/เกิน (+/-)
1. ตำแหน่ง			
2. ตำแหน่ง			
3. ตำแหน่ง			
4. ตำแหน่ง			
5. ตำแหน่ง			

หมายเหตุ: หน่วยงานสังกัดฝ่ายการพยาบาล

ผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity) ของหน่วยงานท่านเฉลี่ย 3 เดือนย้อนหลัง.....

ผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity) ของฝ่ายการพยาบาลเฉลี่ย 3 เดือนย้อนหลัง.....

2.2 ค่าล่วงเวลา (OT) ของตำแหน่งในข้อ 2.1

1.ตำแหน่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
2.ตำแหน่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
3.ตำแหน่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
4.ตำแหน่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
5.ตำแหน่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี

2.3 ค่าล่วงเวลา(OT)ทั้งหมดของหน่วยงาน.....บาท/เดือน (เฉลี่ย 3 เดือนย้อนหลัง)

2.4 กรณีท่านเห็นชอบให้บุคลากรตำแหน่งนี้ศึกษาต่อ

- มีผู้ปฏิบัติงานแทนโดยไม่เพิ่มค่าล่วงเวลาของหน่วยงาน
- ต้องเพิ่มค่าล่วงเวลาของตำแหน่งนี้เป็นเงินบาท/เดือน
ตลอดระยะเวลาศึกษา.....เดือน รวมเป็นเงิน.....บาท
- ต้องเพิ่มค่าล่วงเวลาของตำแหน่งอื่น เป็นเงิน บาท/เดือน
ตลอดระยะเวลาศึกษา.....เดือน รวมเป็นเงิน.....บาท

2.5 เหตุผลในการอนุมัติเข้าศึกษาอบรม

- ตามมาตรฐานศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
ระบุ
จำนวนที่ต้องการ.....
จำนวนที่มีอยู่.....
- เพื่อขยายงาน ระบุ.....
จำนวนที่ต้องการ.....
จำนวนที่มีอยู่.....
- อื่นๆ ระบุ.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(ผู้บังคับบัญชาเบื้องต้น)

ลงชื่อ.....

(รองผู้อำนวยการฝ่าย.....)