

ฝ่ายบุคคล (ผู้กรอกข้อมูล )

ขอลา.....วัน เนื่องจาก/เหตุผล.....

หน่วยเดียวกัน  ไม่มีคนลา  มีคนลา.....คน

ในรอบ 6 เดือน ยังไม่เคยลาติดต่อกันวันหยุดนักขัตฤกษ์

ในรอบ 6 เดือน เคยลาติดต่อกันวันหยุดนักขัตฤกษ์ วันที่.....

การลาล่าสุด - พักผ่อน.....

- ลาป่วย.....

- ลากิจ.....

- ลาอื่นๆ.....

## แบบใบลาพักผ่อน

(เขียนที่) คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลาพักผ่อน

เรียน คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีวันลาพักผ่อนสะสม.....วันทำการ มีสิทธิลาพักผ่อน

ประจำปีนี้อีก 10 วันทำการ รวมเป็น.....วันทำการ ขอลาพักผ่อนตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่..... มีกำหนด.....วัน ในระหว่างลาจะติดต่อข้าพเจ้าได้ที่.....

### สถิติการลาในปีงบประมาณนี้

ขอแสดงความนับถือ

ลามาแล้ว (วันทำการ)	ลาครั้งนี้ (วันทำการ)	รวมเป็น (วันทำการ)

(ลงชื่อ).....

(.....)

### ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

เรียน คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

เพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่...../...../.....

### คำสั่ง

อนุญาต

ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.จิตติมา พุ่มกลิ่น)

รองคณบดีฝ่ายคลินิก

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

วันที่...../...../.....

ฝ่ายบุคคล (ผู้กรอกข้อมูล)  
ขอลา.....วัน เนื่องจาก/เหตุผล.....

การลาล่าสุด - พักผ่อน.....  
- ลาป่วย.....  
- ลากิจ.....  
- ลาอื่นๆ.....

หน่วยเดียวกัน  ไม่มีคนลา  มีคนลา.....คน

ในรอบ 6 เดือน ยังไม่เคยลาติดต่อกันวันหยุดนักขัตฤกษ์

ในรอบ 6 เดือน เคยลาติดต่อกันวันหยุดนักขัตฤกษ์ วันที่.....

## แบบใบลาพักผ่อน

(เขียนที่) คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เรื่อง** ขอลาพักผ่อน

**เรียน** คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีวันลาพักผ่อนสะสม.....วันทำการ มีสิทธิลาพักผ่อน  
ประจำปีนี้อีก 10 วันทำการ รวมเป็น.....วันทำการ ขอลาพักผ่อนตั้งแต่วันที่.....  
ถึงวันที่..... มีกำหนด.....วัน ในระหว่างลาจะติดต่อข้าพเจ้าได้ที่.....

### สถิติการลาในปีงบประมาณนี้

ลามาแล้ว (วันทำการ)	ลาครั้งนี้ (วันทำการ)	รวมเป็น (วันทำการ)

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....  
(.....)

### ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

**เรียน** คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

เพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....  
(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่...../...../.....

### คำสั่ง

อนุญาต  ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.จิตติมา พุ่มกลิ่น)

รองคณบดีฝ่ายคลินิก

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ  
(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่...../...../.....

เพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....  
(.....)

หัวหน้าผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม

วันที่...../...../.....