****

**แบบใบลาพักผ่อน**

เขียนที่ สถาบันวิศวกรรมชีวการแพทย์

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

เรื่อง ขอลาพักผ่อน

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิศวกรรมชีวการแพทย์

 ข้าพเจ้า.................................................................................. ตำแหน่ง.........................................................................

สังกัด สถาบันวิศวกรรมชีวการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขออนุญาตลาพักผ่อน ตั้งแต่วันที่……....................…………………..…. ถึงวันที่....................................................................................... มีกำหนด..................................วันทำการ โดยมีสิทธิลาพักผ่อนประจำปี ........................ จำนวน 10 วันทำการ ในระหว่างลาสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ .................................................................

 ขอแสดงความนับถือ

 ลงชื่อ......................................................

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

**สถิติการลาในปีงบประมาณนี้**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลามาแล้ว**(วันทำการ) | **ลาครั้งนี้**(วันทำการ) | **รวม**(วันทำการ) |
|  |  |  |

 **ความเห็นผู้บังคับบัญชา**

…………………………………………………………...............

…………………..………………………………………………….

…………………..………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| ลงชื่อ.................................................................. ผู้ตรวจสอบ  (................................................................) ตำแหน่ง............................................................. วันที่........./....................../...........  | ลงชื่อ...................................................................(รศ.ดร.ศันสนีย์ เอื้อพันธ์วิริยะกุล)ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสถาบันวิศวกรรมชีวการแพทย์ วันที่........../......................../......... |
|  | **คำสั่ง**( ) อนุญาต ( ) ไม่อนุญาต..............................................................................................................................ลงชื่อ................................................................... (ศ.ดร.นิพนธ์ ธีรอำพน)ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันวิศวกรรมชีวการแพทย์ วันที่........./....................../........... |