



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร โทร.

ที่ มท 0032/.....

วันที่

เรื่อง ขออนุญาตเข้าพักอาศัยในบ้านพักของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

ด้วย ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานที่ มีความประสงค์ขอเข้าพักอาศัยในบ้านพักของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เนื่องจาก

ดังนั้น ข้าพเจ้า จึงขออนุญาตเข้าพักในบ้านพักของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร
เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนและความสะดวกในการเดินทางมาปฏิบัติงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

.....
(.....)
ตำแหน่ง

.....
(.....)
หัวหน้ากลุ่มงาน.....

**ใบคำร้องขอเข้าพักในอาคารบ้านพัก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร**

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

วันที่เดือนพ.ศ.

ข้าพเจ้า

รับราชการ เป็นบุคลากรประเภท

- 1. ข้าราชการ ระดับ เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัว.....
- 2. ลูกจ้างประจำ
- 3. พนักงานราชการ
- 4. ลูกจ้าง พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
- 5. ลูกจ้างอื่น ๆ (ระบุ)

(กรณีที่ข้าพเจ้า เป็นบุคลากรประเภทข้อ 2 -5 หากข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้เข้าพักแล้ว

หากมีข้าราชการประสงค์จะเข้าพักแล้วไม่มีบ้านพักว่าง ข้าพเจ้า ยินดีย้ายออกจากบ้านพัก โดยมีเงื่อนไขว่า บุคลากรรายใดเข้าพักหลังสุด จะได้ออกจากบ้านพักก่อน โดยพิจารณาประเภทของบุคลากร ลำดับที่ 5 เป็นลำดับแรก และลำดับที่ 4, 3, 2 เป็นลำดับถัดไป)

ตำแหน่งอัตราเงินเดือน ๆ ละบาท ปฏิบัติงาน

ที่หน่วยงาน.....และมาปฏิบัติงานใน มีภูมิลำเนาอยู่ที่

บ้านเลขที่หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ขอแสดงความจำนงต่อคณะกรรมการบ้านพัก เพื่อขอเข้าพักอาศัยใน

อาคารบ้านพักของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าขอเรียนเหตุผลและความจำเป็นในการขอเข้าพักเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

1.1

1.2

1.3

2. ข้าพเจ้ามีบุคคลในครอบครัวที่จะมาพักอาศัยด้วย

2.1เกี่ยวข้องเป็น

2.2เกี่ยวข้องเป็น

2.3เกี่ยวข้องเป็น

2.4เกี่ยวข้องเป็น

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เมื่อได้บ้านพักแล้ว

3.1 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบดูแลบ้านพักให้อยู่ในสภาพดีอยู่เสมอ และขอรับผิดชอบในความเสียหายอันเกิดแก่การกระทำของข้าพเจ้าหรือบริวาร

3.2 ข้าพเจ้าจะไม่ทำการต่อเติมอาคารให้ผิดจากสภาพเดิมโดยพลการ

3.3 ข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบ ดูแลบุคคลที่เข้าพักอาศัยมิให้ประพฤติผิดระเบียบ

3.4 ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบการเข้าพักอาศัยของสำนักงานและจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับ

และคำสั่งอันเกี่ยวข้องกับการพักอาศัยโดยเคร่งครัด

3.5 ข้าพเจ้าจะขนย้ายครอบครัวออกจากอาคารบ้านพัก ภายใน 15 วัน เมื่อข้าพเจ้าได้รับการแต่งตั้ง ย้ายไปรับราชการที่อื่น หรือออกจากราชการหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสั่งให้ข้าพเจ้าออกจากอาคารไม่ ว่ากรณีใด ๆ

3.6 ข้าพเจ้าจะเข้าพักอาศัยในบ้านพัก ภายใน 10 วัน นับแต่วันที่ได้รับอนุญาต และข้าพเจ้าจะพัก อาศัยเป็นการประจำ หากข้าพเจ้าไม่เข้าพักอาศัยถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์

3.7 ข้าพเจ้าจะไม่ยินยอมให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้สิทธิ์เข้าพักอาศัยแทนข้าพเจ้าเป็นอันขาด

3.8 หากข้าพเจ้ากระทำหรือละเว้นการกระทำอันเป็นเหตุให้เกิดระเบียบการใช้บ้านพัก ข้าพเจ้าขอ ยืนยันจะปฏิบัติตามคำสั่ง ขนย้ายครอบครัวและบริวารออกจากบ้านพักนี้ ภายใน 15 วัน

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คำรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
ขอรับรองว่าข้อความในข้อ 1 และข้อ 2 เป็นความจริง

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อรับรองให้ไว้เป็นสำคัญ

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง