



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา หน่วยงาน โทร

ที่ อย.๐๐๓๒./ วัน เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขออนุญาตเข้าพักอาศัย บ้านพัก แพลตโฮต แพลตครอครัว

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

๑. ด้วยข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี () ข้าราชการ () ลูกจ้างประจำ () พนักงานราชการ () พนักงานกระทรวงสาธารณสุข () ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง..... ระดับ.....เงินเดือน.....ปฏิบัติงาน/หน่วยงาน/ตึก.....สังกัดฝ่าย/กลุ่มงาน.....มือถือ..... () เข้ารับราชการ () โอนมารับราชการใน รพ. เมื่อวันที่.....ในตำแหน่ง.....ระดับ..... ภูมิลำเนาเดิม เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... สิทธิค่าเช่าบ้าน เบิกได้ เบิกไม่ได้

สถานที่พักอาศัยปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้อมูลการพักอาศัยปัจจุบัน

๑.๑ การพักอาศัย

- ๑.๑.๑ เข้าบ้านหรือหอพัก เดือนละ..... บาท เจ้าของบ้านหรือเจ้าของหอชื่อ..... (ให้แนบหนังสือรับรองหลักฐานการเช่าฉบับปัจจุบัน, บัตรประจำตัวผู้เสียภาษีของผู้ให้เช่า, และตำแหน่งบ้านที่เช่า)
- ๑.๑.๒ อาศัยกับบิดามารดาหรือญาติพี่น้อง ซึ่งมีสมาชิกจำนวน.....คน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....
- ๑.๑.๓ อยู่กับครอบครัวบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....
- ๑.๑.๔ มีที่พักอาศัยเป็นของตนเองหรือของสามี/ภรรยา/ครอบครัวบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....
- ๑.๑.๕ โรงพยาบาลจัดสรรหรือจัดหาให้บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

๑.๒ สถานภาพทางครอบครัว

- () โสด () โสดมีพันธะ () โสดหัวหน้าครอบครัว มีผู้ในความอุปการะ จำนวน.....คน ดังสำเนาทะเบียนบ้านที่แนบนี้
- () สมรส () คู่สมรส นาย/นาง () อยู่ด้วยกัน () แยกกันอยู่ () หย่าร้างกัน
- () คู่สมรสรับราชการใน รพ.๑ ตำแหน่ง.....หน่วยงาน..... โทร.....
- () คู่สมรสรับราชการนอก รพ.๑ ที่.....
- () คู่สมรสไม่ได้รับราชการ
- () มีบุตร.....คน กำลังตั้งครรภ์ได้.....เดือน

๒. ได้รับทุนการศึกษา () ทุนผูกพันกับ รพ.๑ ตั้งแต่.....ถึง.....
- () ลาศึกษาครั้งที่ ๑ จากวันที่.....ถึง.....
- () ลาศึกษาครั้งที่ ๒ จากวันที่.....ถึง.....

๓. ข้าพเจ้าจะมีผู้เข้าพักอาศัยร่วมด้วย จำนวน..... คน ดังมีรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	เกี่ยวข้องกับผู้อยู่	อาชีพ	สถานที่ทำงาน/ศึกษา	หมายเหตุ
๑							
๒							
๓							
๔							
๕							

๔. ข้าพเจ้าขอให้สัญญาต่อโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เมื่อข้าพเจ้าได้รับการจัดสรรให้เข้าพักในที่พักของโรงพยาบาลฯ แล้ว จะปฏิบัติ ดังนี้

- ข้อ ๑. ข้าพเจ้าได้ทราบและทำความเข้าใจระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ คำสั่ง ที่เกี่ยวกับบ้านพักของโรงพยาบาลฯ รวมถึงประกาศอื่นที่เกี่ยวข้องนี้แล้ว แล้วจะปฏิบัติให้เป็นไปตามที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยากำหนดอย่างเคร่งครัด
- ข้อ ๒. ข้าพเจ้าจะทะนุบำรุงรักษาสภาพที่พักอาศัย ตลอดจนครุภัณฑ์และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลฯ ได้จัดให้อยู่ในสภาพเหมือนเดิมเมื่อตอนย้ายเข้าพัก (นอกจากได้ต่อเติมไว้ไม่ต้องรื้อถอน เว้นแต่กรณีที่ประชุมให้รื้อถอน)
- ข้อ ๓. หากมีสิ่งใดชำรุดหรือเสียหาย หรือสูญหายไปในช่วงที่ข้าพเจ้ารับผิดชอบในที่พักที่ได้รับจัดสรรนั้น ข้าพเจ้าจะซ่อมแซมหรือหาวัสดุใช้ให้ครบตามจำนวนและคุณภาพเดิมที่โรงพยาบาลฯ ได้จัดไว้ให้ทันทีที่ทราบ
- ข้อ ๔. หากทรัพย์สินเกี่ยวกับที่พักชำรุดหรือเสียหายไป อันเกิดจากการละเลย หรือการกระทำของข้าพเจ้า หรือไม่ก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยค่าเสียหายนั้นตามจำนวน และคุณภาพเดิมในราคาปัจจุบัน ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่ได้รับแจ้งให้ทราบ หากพ้นกำหนดนี้แล้ว ข้าพเจ้ายังไม่ได้ชำระด้วยเหตุผลใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลฯ หักเงินหรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ได้รับจากทางราชการของข้าพเจ้าตามจำนวนที่เสียหายนั้น เพื่อเป็นการชดเชยโดยมิต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอีก และข้าพเจ้ายินยอมให้พิจารณาโทษทางวินัยอีกทางหนึ่งด้วย
- ข้อ ๕. ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลฯ หักเงินเดือนหรือค่าจ้าง เป็นค่าบริการกำจัดสิ่งปฏิกูลขยะมูลฝอย ค่ากระแสไฟฟ้า น้ำประปา และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เกี่ยวกับสวัสดิการที่พักตามอัตราที่โรงพยาบาลฯ กำหนด ข้อความทั้งหมดนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านเข้าใจและได้กรอกในส่วนที่ต้องการแล้ว ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาตเข้าพักอาศัย

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้ที่ขอที่พัก ชื่อ.....ไม่ได้รับจัดสรรให้มีที่พักอาศัยและไม่ได้ขอที่พักอาศัย

ใด ๆ ในโรงพยาบาลฯ จริง

(ลงชื่อ)..... ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น/ถัดไป

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐาน

เอกสารประกอบการพิจารณา
() สำเนาทะเบียนบ้าน
() สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาบัตรข้าราชการ
() สำเนาทะเบียนสมรส
() อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ)..... (ผู้ตรวจสอบ)
(.....)
ตำแหน่ง

มติคณะกรรมการบ้านพักเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

- เห็นควรอนุญาต ผู้ขออนุญาตเข้าพักอาศัยมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้จริง จึงเห็นสมควรจัดที่พักให้ตามสิทธิ์ต่อไป
ตามมติคณะกรรมการบ้านพัก ครั้งที่...../..... วันที่...../...../.....
- ไม่เห็นควรอนุญาต เนื่องจาก.....
.....

(ลงชื่อ)..... ประธานคณะกรรมการ/ผู้ปฏิบัติราชการแทน
(.....)
ตำแหน่ง

ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

- อนุญาต
- ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....
.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง