# ใบลา
# ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดอุดรธานี

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

เรื่อง ...........................................

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดอุดรธานี

ด้วยข้าพเจ้า.......................................................... ตำแหน่ง...................................ระดับ.....................
สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

ขอลา
- ☐ ป่วย
- ☐ กิจส่วนตัว
- ☐ พักผ่อน

} เนื่องจาก..........................................................................................................................

- ☐ คลอดบุตร
- ☐ ลา อื่นๆ ระบุ.............................................................................................................................

ตั้งแต่วันที่........เดือน......................พ.ศ..........ถึงวันที่........เดือน....................พ.ศ..........มีกำหนด..........วันทำการ
ข้าพเจ้าได้ลา ☐ ป่วย ☐ กิจส่วนตัว ☐ พักผ่อน ☐ คลอดบุตร ครั้งสุดท้ายตั้งแต่วันที่..........เดือน......................พ.ศ..........
ถึงวันที่...........เดือน............................พ.ศ.............มีกำหนด...........วันทำการ

ในระหว่างลาจะติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ บ้านเลขที่.......................หมู่ที่..............หมู่บ้าน.....................................
ถนน........................................ ตรอก / ซอย ................................ ตำบล / แขวง ................................................
อำเภอ / เขต..................................จังหวัด....................................... โทรศัพท์ .......................................................

**ขอแสดงความนับถือ**

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

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

---

## สถิติการลาปีงบประมาณนี้

| ประเภทลา | ลามาแล้ว ครั้ง/วันทำการ | ลาครั้งนี้ ครั้ง/วันทำการ | รวมเป็น ครั้ง/วันทำการ |
|---|---|---|---|
| ลาป่วย | | | |
| ลากิจส่วนตัว | | | |
| ลาพักผ่อน | | | |
| ลาคลอดบุตร | | | |
| อื่นๆ ระบุ..................... | | | |

ลงชื่อ.........................................................ผู้ตรวจสอบ
(...............................................................)
ตำแหน่ง...................................................
วันที่...............เดือน...............................พ.ศ.................

**ความเห็นของผู้บังคับบัญชา**

**<u>คำสั่ง</u>** ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต

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

ลงชื่อ............................................................
(.................................................................)
ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดอุดรธานี
วันที่.............เดือน............................พ.ศ................