

**แบบฟอร์มใบคำร้องขอเข้าพักในอาคารบ้านพัก
โรงพยาบาลบ้านนา**

เขียนที่โรงพยาบาลบ้านนา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์ภายใน (หน่วยงาน).....มือถือ.....

ตำแหน่ง () แพทย์ () ทันตแพทย์ () เภสัชกร
() พยาบาล () เจ้าหน้าที่อื่นๆ ระบุ.....

ประเภท () ข้าราชการ สถานะภาพ () โสด
() ลูกจ้างประจำ () คู่สมรส
() พนักงานราชการ () หม้าย,หย่าร้าง
() พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
() ลูกจ้างชั่วคราว

เริ่มปฏิบัติราชการในโรงพยาบาลบ้านนา เมื่อวันที่.....

ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน.....

ท่านมีบ้านเป็นกรรมสิทธิ์ของตนเองอยู่ในเขตอำเภอบ้านนาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

ปัจจุบันอาศัย ☐ พักอยู่บ้านพัก / หอพัก รพ.บ้านนา อาคาร.....ชั้น.....ห้อง.....
พักคู่กับ(ถ้ามี) ระบุ.....

☐ เข้าบ้าน อยู่เลขที่ ถนน.....ตำบล.....อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก
ค่าเช่าบ้าน.....บาท/เดือน

☐ อยู่บ้านพ่อแม่ ญาติพี่น้อง หรือบ้านตนเอง เลขที่ ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัดนครนายก

ลักษณะงานที่ปฏิบัติงาน ☐ เสร็จ/ผลัด ภูมิลำเนาอยู่นอก อ.บ้านนา ระยะทาง.....กิโลเมตร
☐ ปกติ (๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐น.) ภูมิลำเนาอยู่นอก อ.บ้านนา ระยะทาง.....กิโลเมตร
☐ เสร็จ/ผลัด ภูมิลำเนาอยู่ใน อ.บ้านนา ระยะทาง.....กิโลเมตร
☐ ปกติ (๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐น.) ภูมิลำเนาอยู่ใน อ.บ้านนา ระยะทาง.....กิโลเมตร
☐ อื่นๆ

หมายเหตุ : ระยะทาง คือ ระยะทางจากบ้าน/ที่พักถึงโรงพยาบาลบ้านนาเป็นกิโลเมตร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เมื่อได้บ้านพักแล้ว

๑. ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบดูแลบ้านพักให้อยู่สภาพดีอยู่เสมอและขอรับผิดชอบในความเสียหายอันเกิดแก่การกระทำของข้าพเจ้าหรือบริวาร
๒. ข้าพเจ้าจะไม่ทำการต่อเติมอาคารให้ผิดไปจากสภาพเดิมโดยพลการ
๓. ข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบ ดูแลบุคคลที่เข้าพักอาศัยมิให้ประพฤติผิดระเบียบ
๔. ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบการเข้าพักอาศัยของโรงพยาบาล และจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและคำสั่งอันเกี่ยวแก่การพักอาศัย โดยเคร่งครัด

๕. ข้าพเจ้าจะขนย้ายครอบครัวพร้อมทรัพย์สินออกจากอาคารภายใน ๑๕ วัน เมื่อข้าพเจ้าได้รับการแต่งตั้ง/ย้ายไปรับราชการที่อื่น หรือออกจากราชการ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนาสั่งให้ข้าพเจ้าออกจากอาคารไม่ว่ากรณีใด ๆ
๖. ข้าพเจ้าจะเข้าพักอาศัยภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับอนุญาตถ้าข้าพเจ้าไม่เข้าพักอาศัยถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์
๗. ข้าพเจ้าจะไม่ยินยอมให้ผู้ใดใช้สิทธิ์เข้าพักอาศัยแทนข้าพเจ้าเป็นอันขาด
๘. หากข้าพเจ้ากระทำหรือละเว้นการกระทำอันเป็นเหตุให้ผิดระเบียบการใช้บ้านพักข้าพเจ้าขอยืนยันจะปฏิบัติตามคำสั่งการขนย้ายครอบครัวและทรัพย์สินออกจากบ้านพักนี้ภายใน ๑๕ วัน
๙. ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าประกันความเสียหาย และยินดีจ่ายค่าทำความสะอาดส่วนกลางรายเดือนตามที่คณะกรรมการกำหนด
๑๐. หากภายหลังโรงพยาบาลตรวจสอบว่าข้าพเจ้าได้แจ้งหรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จต่อคณะกรรมการฯ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา ข้าพเจ้ายินดีย้ายออกจากบ้านพักและพร้อมให้ดำเนินการทางวินัยทันที
๑๑. ข้าพเจ้ายินยอมจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนกลางเพื่อการดูแลรักษา

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คำรับรองของหัวหน้าตึกหรือหัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริง
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อรับรองให้ไว้เป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)
หัวหน้างาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)
หัวหน้ากลุ่มงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา

.....
ลงชื่อ.....ประธานคณะกรรมการบ้านพัก
(นายกนกสิทธิ์ จันทวีชรากร)

ความคิดเห็นผู้อำนวยการ

☐ เห็นด้วย ตามที่คณะกรรมการบ้านพักเสนอ ☐ ไม่เห็นด้วย.....

(นายฐาปกรณ์ พรประภาศักดิ์)
นายแพทย์ชำนาญการ
รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา