**แบบฟอร์มใบคำร้องขอเข้าพักในอาคารบ้านพัก**

**โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์**

เขียนที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

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

 ข้าพเจ้า............................................................... หน่วยงาน...............................................................................

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

ตำแหน่ง ( ) แพทย์ ( ) ทันตแพทย์ ( ) เภสัชกร

 ( ) พยาบาล ( ) เจ้าหน้าหน้าที่อื่นๆ ระบุ................................

ประเภท ( ) ข้าราชการ สถานะภาพ ( ) โสด

 ( ) ลูกจ้างประจำ ( ) คู่/สมรส

 ( ) พนักงานราชการ ( ) หม้าย,หย่าร้าง

 ( ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

 ( ) ลูกจ้างชั่วคราว

เริ่มปฏิบัติราชการในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เมื่อวันที่...................................................................................

ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน...........................................................................................................................................

**ท่านมีบ้านเป็นกรรมสิทธิ์ของตนเองอยู่ในเขตอำเภอเมืองหรือไม่**

 ไม่มี

 มี บ้านเลขที่.............หมู่........................ตำบล.......................อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร

**ปัจจุบันอาศัย** พักอยู่บ้านพัก / หอพัก รพ.ชุมพรฯ อาคาร.........................................ชั้น............ห้อง..............

 พักคู่กับ(ถ้ามี) ระบุ........................................................................................................................

 เช่าบ้าน อยู่เลขที่ ถนน........................ตำบล......................อำเภอ..........................จังหวัดชุมพร

 ค่าเช่าบ้าน..........................................บาท/เดือน

 อยู่บ้านพ่อแม่ ญาติพี่น้อง หรือบ้านตนเอง เลขที่ ถนน........................ตำบล......................

 อำเภอ.................................................จังหวัดชุมพร

**ลักษณะงานที่ปฏิบัติงาน** เวร/ผลัด ภูมิลำเนาอยู่นอก อ.เมืองชุมพร ระยะทาง......................................กิโลเมตร

 ปกติ (08.00 – 16.00น.) ภูมิลำเนาอยู่นอก อ.เมืองชุมพร ระยะทาง..........กิโลเมตร

 เวร/ผลัด ภูมิลำเนาอยู่ใน อ.เมืองชุมพร ระยะทาง...........................................กิโลเมตร

 ปกติ (08.00 – 16.00น.) ภูมิลำเนาอยู่ใน อ.เมืองชุมพร ระยะทาง.............กิโลเมตร

 อื่นๆ ..............................................................................................................................

**หมายเหตุ :** ระยะทาง คือ ระยะทางจากบ้าน/ที่พักถึงโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์เป็นกิโลเมตร

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เมื่อได้บ้านพักแล้ว**

* 1. ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบดูแลบ้านพักให้อยู่สภาพดีอยู่เสมอและขอรับผิดชอบในความเสียหายอันเกิดแก่การกระทำของข้าพเจ้าหรือบริวาร
	2. ข้าพเจ้าจะไม่ทำการต่อเติมอาคารให้ผิดไปจากสภาพเดิมโดยพลการ
	3. ข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบ ดูแลบุคคลที่เข้าพักอาศัยมิให้ประพฤติผิดระเบียบ
	4. ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบการเข้าพักอาศัยของโรงพยาบาล และจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและคำสั่งอันเกี่ยวแก่การพักอาศัย โดยเคร่งครัด
	5. ข้าพเจ้าจะขนย้ายครอบครัวพร้อมทรัพย์สินออกจากอาคารภายใน 15 วัน เมื่อข้าพเจ้าได้รับการ แต่งตั้ง/ย้ายไปรับราชการที่อื่น หรือออกจากราชการ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์สั่งให้ข้าพเจ้าออกจากอาคารไม่ว่ากรณีใด ๆ
	6. ข้าพเจ้าจะเข้าพักอาศัยภายใน 1๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับอนุญาตถ้าข้าพเจ้าไม่เข้าพักอาศัยถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์
	7. ข้าพเจ้าจะไม่ยินยอมให้ผู้ใดใช้สิทธิ์เข้าพักอาศัยแทนข้าพเจ้าเป็นอันขาด
	8. หากข้าพเจ้ากระทำหรือละเว้นการกระทำอันเป็นเหตุให้ผิดระเบียบการใช้บ้านพักข้าพเจ้าขอยืนยันจะปฏิบัติตามคำสั่งการขนย้ายครอบครัวและทรัพย์สินออกจากบ้านพักนี้ภายใน 15 วัน
	9. ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าประกันความเสียหาย และยินดีจ่ายค่าทำความสะอาดส่วนกลางรายเดือนตามทึคณะกรรรมการกำหนด
	10. หากภายหลังโรงพยาบาลตรวจสอบว่าข้าพเจ้าได้แจ้งหรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จต่อคณะกรรมการฯ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ข้าพเจ้ายินดีย้ายออกจากบ้านพักและพร้อมให้ดำเนินการทางวินัยทันที

 (ลงชื่อ).....................................................ผู้ยื่นคำร้อง

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

**คำรับรองของหัวหน้าตึกหรือหัวหน้าหน่วยงาน**

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

 เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อรับรองให้ไว้เป็นสำคัญ

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

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

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

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

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

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

 ลงชื่อ...............................................ประธานคณะกรรมการบ้านพัก

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

ความคิดเห็นผู้อำนวยการ

* เห็นด้วย ตามที่คณะกรรมการบ้านพักเสนอ ❑ไม่เห็นด้วย...................................................

 ลงชื่อ...............................................ผู้อำนวยการ

 (…………………………………….)

**แบบสำรวจสภาพที่พัก ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2562**

**(ตอบเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านพัก/หอพัก ที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์จัดให้)**

1. ชื่อบ้านพัก/หอพัก..........................................ชั้น.............ห้อง............พักคู่กับ(ถ้ามี).........................................
2. สภาพที่พัก

ปกติดี ไม่มีสิ่งชำรุด

ชำรุดและต้องการรับการซ่อมบำรุง ระบุสิ่งที่ชำรุด (แนบภาพถ่าย ถ้ามี)

( ) ภายในห้องพักส่วนตัวที่ชำรุด....................................................................................................

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

( ) พื้นที่ส่วนกลางภายในห้อง (ถ้ามี กรณีมีห้องพัก 2 ห้อง ใช้โถง/ห้องน้ำรวม) ไม่ใช่ทางเดิน/ระเบียงนอกห้องพัก..............................................................................................................................

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

ผู้รายงาน.....................................................ผู้อาศัย

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

 ตำแหน่ง.........................................................

 หน่วยงาน......................................................

 เบอร์โทรศัพท์มือถือ......................................