**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
  11. ข้าพเจ้ายินยอมจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนกลางเพื่อการดูแลรักษา

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

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

**คำรับรองของหัวหน้าตึกหรือหัวหน้าหน่วยงาน**

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

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อรับรองให้ไว้เป็นสำคัญ

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

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

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

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

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

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

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

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

ความคิดเห็นผู้อำนวยการ

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

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

(…………………………………….)