



แบบขอรับการพิจารณาค่าประสพการณ์การทำงาน  
(สำหรับคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์)

เรียน อธิการบดี (ผ่านผู้อำนวยการกองบริหารงานบุคคล)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด.....

เบอร์ติดต่อ.....ปฏิบัติงานเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิ์ได้รับค่าประสพการณ์ทางการพยาบาลตามระเบียบมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ ว่าด้วยการจ้าง อัตราค่าจ้าง และค่าสิทธิประโยชน์ของบุคลากรในสาขาที่ขาดแคลนทางการพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๖๕ ทั้งนี้ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับการพิจารณาค่าประสพการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้อง ในวิชาชีพทางการพยาบาล และการสอนทางการพยาบาล โดยข้าพเจ้ามีประสพการณ์ที่เกี่ยวข้องในวิชาชีพทางการพยาบาล และการสอนทางการพยาบาล จำนวน.....ปี.....เดือน.....วัน โดยมีรายละเอียดและเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

- ๑. แบบแสดงรายละเอียดการขอรับการพิจารณาค่าประสพการณ์การทำงาน
- ๒. สำเนาประวัติการรับราชการ (กพ.๗)
- ๓. สำเนาหนังสือรับรองการทำงาน (ระบุวันเริ่มต้นและสิ้นสุด)
- ๔. อื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอ  
(.....)  
...../...../.....

ความเห็นของคุณบดี

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

ลงชื่อ.....  
(.....)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
...../...../.....

แบบแสดงรายละเอียดการขอรับการพิจารณาค่าประสบการณ์การทำงาน สำหรับคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์

ที่	ตำแหน่ง/รายละเอียดการทำงาน	สถานที่	ระยะเวลา (เริ่มต้น-สิ้นสุด)	รวมระยะเวลา		
				ปี	เดือน	วัน
			รวม			

หมายเหตุ : ให้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา ได้แก่ สำเนาประวัติการรับราชการ (กพ.๗), หนังสือรับรองการทำงาน (ระบุวันเริ่มต้นและสิ้นสุด), เอกสารหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขอ  
 (.....)  
 ...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
 (.....)  
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
 ...../...../.....