**แบบใบลาอุปสมบท**

 เขียนที่ โรงพยาบาลสตูล

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

เรื่อง ขอลาอุปสมบท

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

 ข้าพเจ้า.................................................. ตำแหน่ง........................................…………………….....

ระดับ …........…………………………… สังกัด …….......................................................……………………………………......

เกิดวันที่..........เดือน….............…. พ.ศ…........... เข้ารับราชการเมื่อวันที่............เดือน.................... พ.ศ...............ข้าพเจ้า ยังไม่เคย เคย อุปสมบท บัดนี้มีศรัทธาจะอุปสมบทในพระพุทธศาสนา

ณ ....................................... ตั้งอยู่ ณ ..................................................................................................................

หมายเลขโทรศัพท์ ................................. กำหนดอุปสมบท วันที่.......... เดือน...................... พ.ศ.......................

และจะจำพรรษาอยู่ ณ ............................. ตั้งอยู่ ณ ..........................................................................................

จึงขออนุญาตลาอุปสมบท ตั้งแต่วันที่..........เดือน.......................... พ.ศ.............. ถึงวันที่....... เดือน ......................... พ.ศ............... มีกำหนด.....................วัน

 (ลงชื่อ) ………………………………………………

 (………………………………………………)

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 (ลงชื่อ) ……………………………………………………

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

 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล

 วันที่ ………… /…………………... /………….

คำสั่ง

 อนุญาต ไม่อนุญาต

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 (ลงชื่อ) ……………………………………………………

 ( ……………………………………………….. )

 (ตำแหน่ง)

 วันที่ ………… /…………………... /………….