

คำขอมีบัตรประจำตัว หรือขอมีบัตรประจำตัวใหม่
ตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อ.....ชื่อสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....หมู่โลหิต.....

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขตจังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เลขหมายประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ -- -- -- --

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้.....

.....

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข กลุ่ม.....

ตำแหน่ง..... งาน.....ฝ่าย/ส่วน

กอง/สำนัก/สถาบัน.....กรม.....กระทรวงสาธารณสุข

มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวยื่นต่อ.....

กรณี ☐ 1.ขอมีบัตรครั้งแรก

☐ 2.ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก ☐ บัตรหมดอายุ ☐ บัตรหายหรือถูกทำลาย

หมายเลขของบัตรเดิม.....(ถ้าทราบ)

☐ 3.ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก ☐ เปลี่ยนตำแหน่ง ☐ เปลี่ยนชื่อตัว

☐ เปลี่ยนชื่อสกุล ☐ เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล ☐ ชำรุด

☐ อื่นๆ.....

☐ 4. ได้แนบรูปถ่ายสามใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และ ☐ หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ และหรือ ☐ หน้าข้อความที่ใช้

*ให้ลงคำนำนามตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการ เช่น นาย/นาง/นางสาว / ชส เป็นต้น

และชื่อผู้มีบัตรต้องอยู่บรรทัดเดียวกัน

แบบบัตรประจำตัวบัตรพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

(ด้านหน้า)

บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข



เลขที่/.....

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันออกบัตร..... บัตรหมดอายุ

(ด้านหลัง)

เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือ

.....

ชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ลายมือชื่อ

หมุ่โลหิต

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด