คำขอมีบัตรประจำตัว หรือขอบัตรประจำตัวใหม่

ตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

--------------------------------

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ชื่อสกุล

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี สัญชาติ หมู่โลหิต

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ หมายเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข กลุ่ม/งาน ตำแหน่ง

ฝ่าย/ส่วน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี กรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐยื่นต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

กรณี □ ๑. ขอมีบัตรครั้งแรก

□ ๒. ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก 🌕 บัตรหมดอายุ 🌕 บัตรหายหรือถูกทำลาย

หมายเลขของบัตรเดิม (ถ้าทราบ)

□ ๓. ขอเปลี่ยนบัตรเนื่องจาก 🌕 เปลี่ยนตำแหน่ง 🌕 เปลี่ยนชื่อตัว

🌕 เปลี่ยนชื่อสกุล 🌕 ชำรุด

🌕 อื่น ๆ

□ ๔. ได้แนบรูปถ่ายสองใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และ 🌕 หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ) ผู้ทำคำขอ

( )

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ และหรือ 🌕 หน้าข้อความที่ใช้

ให้ลงคำนำหน้านามตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการ เช่น นาย/นาง/นางสาว/ยศ เป็นต้น

และชื่อผู้ขอมีบัตร ต้องอยู่บรรทัดเดียวกัน

**สำเนารายการบัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข**

(ด้านหลัง)

**บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข**



เลขที่...........................................

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันออกบัตร.....................................บัตรหมดอายุ...................................

(ด้านหน้า)

เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร

…………………………………………………………..

ชื่อ ........................................................................

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

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

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

ผู้ออกบัตร

หมู่โลหิต...............

ลายมือชื่อ

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