

**คำขอมีบัตรประจำตัว หรือขอมีบัตรประจำตัวใหม่
ตามพระราชบัญญัติบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. 2542**

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว ยศและฐานันดร

ชื่อ ชื่อสกุล

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี สัญชาติ หมู่อโลหิต

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

เลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับบำเหน็จบำนาญ ประเภท

ข้าราชการพลเรือนสามัญ ลูกจ้างประจำของส่วนราชการ

รับราชการ/ปฏิบัติงาน/เคยสังกัด แผนก/งาน ฝ่าย/ส่วน

กอง/สำนัก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ตำแหน่ง ระดับ/ยศ

มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐต่ออธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กรณี

- 1. ขอมีบัตรครั้งแรก
- 2. ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก บัตรหมดอายุ บัตรหายหรือถูกทำลาย
 หมายเลขของบัตรเดิม..... (ถ้าทราบ)
- 3. ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก เปลี่ยนตำแหน่ง/เลื่อนระดับ/เลื่อนยศ
 เปลี่ยนชื่อตัว เปลี่ยนชื่อสกุล
 เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล ชำรุด
 อื่น ๆ.....
- ได้แนบรูปถ่ายสองใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และ หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ทำคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก แล้วขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง และ หน้าข้อความที่ใช้

ตรวจสอบหลักฐานแล้ว	
<input type="checkbox"/>	ถูกต้อง/ครบถ้วน
<input type="checkbox"/>	ไม่ถูกต้อง
.....	

สำเนารายการบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับบำเหน็จบำนาญที่ออกด้วยระบบคอมพิวเตอร์

(ด้านหน้า)

บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับบำเหน็จบำนาญ



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

(ด้านหลัง)

รูปถ่าย
2.5 X 3 ซม.

.....(ระบุประเภทเจ้าหน้าที่)
เลขที่...../.....
ชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
เลขประจำตัวประชาชน.....

.....
ลายมือชื่อ หมูโลहित..... ผู้ออกบัตร
วันออกบัตร...../...../..... บัตรหมดอายุ...../...../.....

หมายเหตุ (1) พิมพ์ (เครื่องพิมพ์ดีด) ชื่อ , ตำแหน่ง , เลขประจำตัวประชาชน และหมูโลहित
(2) ลงลายมือชื่อ (ปากกา)