

คำขอมีบัตรประจำตัว หรือขอมีบัตรประจำตัวใหม่
ตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อ ชื่อสกุล

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี สัญชาติ หมู่โลหิต

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

เลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข กลุ่ม

ตำแหน่ง งาน ฝ่าย/ส่วน

กอง/สำนัก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวยื่นต่ออธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

- 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
 ให้ลงคำนำหน้านามตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการ เช่น นาย/นาง/นางสาว/ยศ เป็นต้น
 และชื่อผู้ขอมีบัตร ต้องอยู่บรรทัดเดียวกัน

ตรวจสอบหลักฐานแล้ว

ถูกต้อง/ครบถ้วน

ไม่ถูกต้อง

ตำเนรายการบัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

(ด้านหน้า)

บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข



เลขที่.....

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันออกบัตร..... บัตรหมดอายุ.....

(ด้านหลัง)

รูปถ่าย
2.5 X 3 ซม.

เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร

.....

ชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

.....
ลายมือชื่อ

หมุ่โลหิต.....

ผู้ออกบัตร

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