

คำขอมีบัตรประจำตัว หรือขอบัตรประจำตัวใหม่
ตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

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.....
เลขหมายประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้.....

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข กลุ่ม.....
ตำแหน่ง.....สถานีอนามัยบ้าน.....ตำบล.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ نابอน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวยื่นต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

- กรณี □ ๑. ขอมีบัตรครั้งแรก
□ ๒. ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก □○ บัตรหมดอายุ □ ○ บัตรหายหรือถูกทำลาย
หมายเลขบัตรเดิม.....(ถ้าทราบ)
□ ๓. ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก ○ เปลี่ยนตำแหน่ง ○ เปลี่ยนชื่อตัว
○ เปลี่ยนชื่อสกุล □ ○ เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล ○ ขำรุด
○ อื่น ๆ
□ ๔. ได้แนบรูปถ่ายสองใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ


(ลายมือชื่อ).....ผู้ทำคำขอ
(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ และหรือ ○ หน้าข้อความที่ใช้
ให้ลงค่านำหน้านามตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการ เช่น นาย/นาง/นางสาว/ยศ เป็นต้น
และชื่อผู้ขอมีบัตร ต้องอยู่บรรทัดเดียวกัน

(ตัวอย่าง)
สำเนารายการบัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

(ด้านหน้า)

บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข



เลขที่.....
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
วันออกบัตร.....
บัตรหมดอายุ.....

(ด้านหลัง)

รูปถ่าย 2.5x3 ซม.	เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร
	ชื่อ..... ตำแหน่ง.....
..... ลายมือชื่อ หมุ่โลหิต.....	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้ออกบัตร