

**คำขอมีบัตรประจำตัว หรือขอบัตรประจำตัวใหม่**  
**ตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข**  
**เรื่อง บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๗**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ชื่อสกุล.....

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

มีชื่ออยู่ในทะเบียนเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เลขหมายประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ  -     -      -   - 

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้.....

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข กลุ่ม .....

ตำแหน่ง.....งาน ฝ่าย / ส่วน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี กรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐยื่นต่อ **นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี**

กรณี

 ๑. ขอมีบัตรครั้งแรก ๒. ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก  บัตรหมดอายุ  บัตรหายหรือถูกทำลาย  
หมายเลขของบัตรเดิม.....(ถ้าทราบ) ๓. ขอเปลี่ยนบัตรเนื่องจาก  เปลี่ยนตำแหน่ง/เลื่อนระดับ/เลื่อนยศ เปลี่ยนชื่อตัว เปลี่ยนชื่อสกุล เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล ขำรูด อื่น ๆ ..... ๔. ได้แนบบรูปถ่ายสองใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และ  หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ทำคำขอ

(.....)

หมายเหตุ


ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  และหรือ 

หน้าข้อความที่ใช้ ให้ลงคำนำหน้านามตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการ

เช่น นาย/นาง/นางสาว/ยศ เป็นต้น และชื่อผู้ขอมีบัตร ต้องอยู่บรรทัดเดียวกัน

สำเนารายการบัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

(ด้านหน้า)

<p>บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข</p>  <p>เลขที่.....</p> <p>สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>วันออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....</p>
--

(ด้านหลัง)

<p>รูปถ่าย 2.5x3 ซม.</p>	<p>เลขประจำตัวประจำชาชนของผู้ถือบัตร .....</p> <p>ชื่อ.....</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>ลงชื่อ .....</p> <p>(.....)</p> <p>นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้ออกบัตร</p>
<p>ลายมือชื่อ หมุ่โลหิต.....</p>	