

คำขอมิบัตรประจำตัวหรือขอบัตรประจำตัวใหม่

ตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗



เขียนที่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว

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

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่.....ต.รอก/เขต.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เลขหมายประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ ----

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่.....ต.รอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข กลุ่ม.....

ตำแหน่ง.....แผนก/งาน.....

ฝ่าย/กลุ่มงาน.....โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

พระนครศรีอยุธยา กรมสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

มีความประสงค์ขอมิบัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุขยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

กรณี ๑. ขอมิบัตรครั้งแรก

๒. ขอมิบัตรใหม่ เนื่องจาก บัตรหมดอายุ บัตรหายหรือถูกทำลาย
หมายเลขของบัตรเดิม.....(ถ้าทราบ)

๓. ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก

เปลี่ยนตำแหน่ง เปลี่ยนชื่อตัว เปลี่ยนชื่อสกุล

เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล บัตรชำรุด อื่น ๆ

๔. ได้แนบบรูปถ่าย ๓ ใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และหลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ใช้

* ให้ลงคำนำหน้านามตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการ เช่น นาย/นาง/นางสาว/ยศ เป็นต้น
และชื่อผู้ขอมิบัตรต้องอยู่บรรทัดเดียวกัน