

คำขอมีบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานสาธารณสุข
ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

ติดรูปถ่าย
ขนาด
2.5 x 3.0 ซม.
(ที่ถ่ายไม่เกิน
หกเดือน)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ชื่อสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ..... หมุ่โลหิต.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

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

โทรศัพท์.....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....

สังกัดหน่วยงาน.....

วุฒิการศึกษา.....

ยื่นขอมีบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ : 1. โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างข้างล่าง

ขอมีบัตรครั้งแรก

ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก

ขอเปลี่ยนบัตรเนื่องจาก

บัตรหายหรือถูกทำลาย

หมายเลขของบัตรเดิม.....(ถ้าทราบ)

เปลี่ยนตำแหน่ง

เลื่อนระดับ

เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล

อื่น ๆ.....

บัตรหมดอายุ

เปลี่ยนสังกัด

ชำรุด

ย้ายมาใหม่

ได้แนบรูปถ่ายสองใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว

หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)

สำเนาบัตรประชาชน

2. ในกรณีที่เคยมีบัตรไว้ก่อนแล้ว เมื่อขอบัตรใหม่ ให้แนบบัตรเก่าคืนมาด้วย มิฉะนั้นอาจไม่ได้รับ

การพิจารณาทำบัตรใหม่