**คำขอมีบัตรประจำตัว หรือ ขอบัตรประจำตัวใหม่**

**ตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข**

ให้พิมพ์แบบฟอร์มด้วยคอมพิวเตอร์

ก่อนพิมพ์ออกกระดาษให้ลบข้อความนี้ออก

**เรื่อง บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557**

------------------------------------

# 

# เขียนที่…………………………………………….

วันที่ ………....เดือน ………………….พ.ศ………………

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) …………..……………..............ชื่อสกุล……...…………..……….…..

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

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ ………………….…..ตรอก/ซอย……..……………….ถนน……………………….………….…..

ตำบล/แขวง………………….…..อำเภอ……………….…………จังหวัด…………….…..……รหัสไปรษณีย์…………….…….

# เลขหมายประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ …………………………………………………………..……………………………………………...

…………………………………………………………………………………….….. โทรศัพท์ ………………………………………………

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข กลุ่ม/ฝ่าย.....................................ตำแหน่ง................................ งาน...................................................หน่วยงาน................................................................สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข**

# กรณี 1. ขอมีบัตรครั้งแรก

2. ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก บัตรหมดอายุ บัตรหายหรือถูกทำลาย

หมายเลขของบัตรเดิม …………………………………(ถ้าทราบ)

3. ขอเปลี่ยนบัตรเนื่องจาก เปลี่ยนตำแหน่ง เปลี่ยนชื่อตัว เปลี่ยนชื่อสกุล เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล

ชำรุด อื่น …………………………………………….

4. ได้แนบรูปถ่ายสองใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

…………………………………………………………………………………………………

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

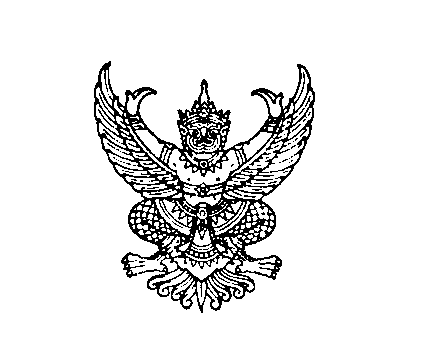
(ลายมือชื่อ) ……………………………..……ผู้ทำคำขอ

(…………………………………………)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง และหรือ หน้าข้อความที่ใช้

(ด้านหลัง)

**บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข**



**เลขที่................................**

**สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข**

**วันออกบัตร...........................บัตรหมดอายุ...........................**

**เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร**

**1 1111 11111 11 1**

**ชื่อ** นาง

ตำแหน่ง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

………………………………..

ลายมือชื่อ ตำแหน่ง.......................................................

หมู่โลหิต........................ ผู้ออกบัตร

รูปถ่าย

2.5x3 ซ.ม.

ตรวจสอบแล้วถูกต้อง

(ด้านหน้า)