

คำขอมีบัตรประจำตัว หรือขอมีบัตรประจำตัวใหม่
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 งาน ฝ่าย/ส่วน
กอง/สำนัก/สถาบัน กรม กระทรวงสาธารณสุข
มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวยื่นต่อ
กรณี ๑. ขอมีบัตรครั้งแรก
 ๒. ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก บัตรหมดอายุ บัตรหายหรือถูกทำลาย
หมายเลขของบัตรเดิม (ถ้าทราบ)
 ๓. ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก เปลี่ยนตำแหน่ง เปลี่ยนชื่อตัว
 เปลี่ยนชื่อสกุล เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล ชำรุด
 อื่น ๆ
 ๔. ได้แนบรูปถ่ายสองใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และหลักฐานอื่น ๆ (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)

เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร

.....

รูปถ่าย

๒.๕ X ๓ ซม.

ชื่อ

ตำแหน่ง

ลงชื่อ

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ผู้ออกบัตร

ลายมือชื่อ

หมู่โลหิต