พกส.1

คำขอมีบัตรประจำตัว หรือขอมีบัตรประจำตัวใหม่

ตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

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

เขียนที่.......................................................................

วันที่...........เดือน...................................พ.ศ...............

ข้าพเจ้าชื่อ...............................................................ชื่อสกุล............................................................เกิดเกิดวันที่.............เดือน.............................พ.ศ................อายุ..........ปี สัญชาติ................................หมู่โลหิต......................

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่...............ตรอก/ซอย.......................ถนน...............................ตำบล/แขวง.............................

เลขหมายประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ - - - -

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้...........................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................

 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข กลุ่ม........................................................................................................

ตำแหน่ง....................................................งาน......................................................ฝ่าย/ส่วน..............................................

กอง/สำนัก/สถาบัน................................................กรม.....................................................................กระทรวงสาธารณสุข

มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวยื่นต่อ...........................................................................................................................

กรณี 1.ขอมีบัตรครั้งแรก

 2. ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก บัตรหมดอายุ บัตรหายหรือถูกทำลาย

 หมายเลขของบัตรเดิม...........................................................................(ถ้าทราบ)

 3. ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก เปลี่ยนตำแหน่ง เปลี่ยนชื่อตัว

 เปลี่ยนชื่อสกุล เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล ชำรุด

 อื่น ๆ ...............................................................................................................

 4. ได้แนบรูปถ่ายสองใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และหลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)..........................................

 ...........................................................................................................................................................

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

 (......................................................)

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย ในช่อง และหรือ หน้าข้อความที่ใช้ให้ลงคำนำหน้านามตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการ เช่น นาย/นาง/นางสาว/ยศ เป็นต้นและชื่อผู้ขอมีบัตร ต้องอยู่บรรทัดเดียวกัน

สำเนารายการบัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

**(ด้านหน้า)**



บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

เลขที่....................................

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันออกบัตร....................................บัตรหมดอายุ....................................

(ด้านหลัง)

 เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร

 1 3017 00055 37 8

 ชื่อ นางสาวสมพร แผงพันธ์

 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

 สสอ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี

 ……………………………………..

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

 หมู่โลหิต..โอ.... ผู้ออกบัตร