

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

มีความประสงค์ขอมิบัตรประจำตัวยื่นต่อ.....

กรณี ☐ ๑. ขอมิบัตรครั้งแรก

☐ ๒. ขอมิบัตรใหม่ เนื่องจาก ☐ บัตรหมดอายุ ☐ บัตรหายหรือถูกทำลาย

หมายเลขของบัตรเดิม..... (ถ้าทราบ)

☐ ๓. ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก ☐ เปลี่ยนตำแหน่ง ☐ เปลี่ยนชื่อตัว

☐ เปลี่ยนชื่อสกุล ☐ เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล ☐ ขำรุด

☐ อื่น ๆ .....

☐ ๔. ได้แนบบรูปถ่ายสองใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และหลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ).....ผู้ทำคำขอ  
(.....)

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ และหรือ ☐ หน้าข้อความที่ใช้  
ให้ลงคำนำหน้านามตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการ เช่น นาย/นาง/นางสาว/ยศ เป็นต้น  
และชื่อผู้มีบัตร ต้องอยู่บรรทัดเดียวกัน

(ด้านหน้า)

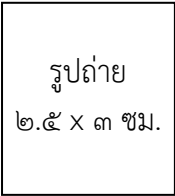
บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ .....

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันออกบัตร ..... บัตรหมดอายุ .....

(ด้านหลัง)



เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร

.....

ชื่อ .....

ตำแหน่ง .....

.....

ลงชื่อ .....

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ผู้ออกบัตร

.....

ลายมือชื่อ  
หมู่โลหิต .....