

แบบฟอร์มขอบัตรประจำตัวบุคลากร
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

สังกัด กลุ่มงาน..... กลุ่มภารกิจ..... โทร.....

ประเภท ☐ ข้าราชการพลเรือนสามัญ ☐ พนักงานราชการ ☐ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

มีความประสงค์ขอมีบัตรคล้องคอ

กรณี ☐ ๑. ขอมีบัตรครั้งแรก

☐ ๒. ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก

- ☐ เปลี่ยนชื่อตัว ☐ เปลี่ยนชื่อสกุล ☐ เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล
☐ ขำรุด ☐ อื่น ๆ

☐ ได้แนบรูปถ่ายจำนวน ๑ ใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และ ☐ หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ทำคำขอ

(.....)

วันที่.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการจัดทำ/ออกหนังสือรับรอง

☐ เห็นควรออกหนังสือรับรองตามที่ขอ โดยออกใบรับรองเลขที่.....

☐ ความเห็นอื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....ผู้ออกใบรับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....