

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานสาธารณสุข  
ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

ติดรูปถ่าย  
ขนาด  
๒.๕ x ๓.๐  
เซนติเมตร

(กรรมาพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจง)

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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

เลขประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

อายุ ..... ปี หมู่โลหิต .....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย .....

ถนน ..... แขวง/ตำบล .....

เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

ปัจจุบัน ปฏิบัติราชการในตำแหน่ง ..... ระดับ .....

สังกัดหน่วยงาน .....

วุฒิการศึกษา

๑. .... สาขาวิชา .....

๒. .... สาขาวิชา .....

๓. .... สาขาวิชา .....

๔. .... สาขาวิชา .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ ใช้รูปถ่ายข้าราชการที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน (ขาวดำหรือสี) จำนวน ๒ รูป สำหรับติดแบบคำขอฯ  
และบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานสาธารณสุข