

คำขอมีบัตรแสดงตนผ่านเข้า-ออก
บริเวณ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เขียนที่ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ.....ชื่อสกุล.....

เลขหมายบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำขอ.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....หมู่โลหิต.....
มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่มารถติดต่อดี.....

เจ้าหน้าที่ของรัฐประเภท.....

รับราชการ/ปฏิบัติงาน/เคยสังกัด แผนก/งาน.....ฝ่าย/กลุ่ม.....
กอง/สำนัก.....กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง.....ระดับ/ยศ.....
มีความประสงค์ขอมีบัตรแสดงตนผ่านเข้า-ออก บริเวณ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยื่นต่อ
เลขานุการกรม กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- กรณี ๑. ขอมีบัตรครั้งแรก
 ๒. ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก บัตรหมดอายุ บัตรหายหรือถูกทำลาย
หมายเลขของบัตรเดิม.....(ถ้าทราบ)
 ๓. ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก เปลี่ยนชื่อตัว เปลี่ยนชื่อสกุล
 เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล
 ชำรุด อื่น ๆ.....
 ได้แนบบรูปถ่ายสองใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และ หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขอมีบัตร
(.....)

หมายเหตุ * ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือ หน้าข้อความที่ใช้
* ให้ลงคำนำนามตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการ เช่น นาย/นาง/นางสาว/ยศ เป็นต้น
และชื่อผู้ขอมีบัตร