

ใบคำร้อง (กรณีบัตรชำรุด หรือบัตรหาย)

เลขที่ใบเสร็จ.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

ชื่อ - นามสกุล (นาย นาง นางสาว).....ตำแหน่ง.....

- ☐ ข้าราชการ
- ☐ ลูกจ้างประจำ
- ☐ พนักงานราชการ
- ☐ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
- ☐ ลูกจ้างรายคาบ
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

กลุ่มงาน/หน่วยงาน.....งาน.....

เบอร์ติดต่อภายใน.....เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

มีความประสงค์ ขอมิบัตรจอตรฉบับใหม่ เลขที่.....

เนื่องจาก.....

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานจำนวน.....ฉบับ มาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- ☐ บัตรจอตรฉบับเดิมเลขที่.....
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเลิดสิน
- ☐ อื่น ๆ.....
- ☐ อื่น ๆ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....(ผู้ขอมิบัตรจอตร)

(.....)

.....(ผู้ขอมิบัตรจอตร)

(.....)

ตรวจสอบแล้ว

.....

...../...../.....