

## ส่วนที่1 งานบริหารทรัพยากรบุคคล

แบบขอทำบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเลิดสิน (กรณีชำรุด / สูญหาย)

☐ แก้ไขบัตร จำนวน .....รายการ ☐ อื่นๆ.....

ข้อมูลส่วนตัว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ลำดับ	รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง
1	รูปถ่ายชุดสุภาพ	<input type="checkbox"/> รูปถ่าย 1 ใบ	<input type="checkbox"/> รูปเดิม <input type="checkbox"/> รูปใหม่
2	คำนำหน้าชื่อ	<input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว	<input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว
3	ชื่อตัว		
4	ชื่อสกุล		
5	ตำแหน่ง		
6	กลุ่มงาน/ฝ่าย		

หมายเหตุ ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความต่อไปนี้

☐ กรณีบัตรชำรุด และมีอายุการใช้งานบัตรเกิน 5 ปี (ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการทำบัตรใหม่) พร้อมแนบบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่เดิม

☐ กรณีบัตรชำรุด และมีอายุการใช้งานบัตรไม่ถึง 5 ปี (ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการทำบัตรใหม่ 200 บาท) พร้อมแนบบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่เดิม

☐ กรณีบัตรสูญหาย (ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการทำบัตรใหม่ 200 บาท) พร้อมแนบบใบแจ้งความมาด้วย  
หมายเลขโทรศัพท์หน่วยงาน.....

ผู้แจ้งข้อมูล.....(ตัวบรรจง)

วัน/เดือน/ปี.....ที่ยื่นแบบขอบัตรฯ

## ส่วนที่2 ฝ่ายการเงินและบัญชี

ชำระเงินค่าทำบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ (กรณีบัตรชำรุด / สูญหาย)

ใบเสร็จ เล่มที่ \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_ ลงวันที่ \_\_\_\_\_

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ ผู้รับเงิน

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

วันที่รับเงิน \_\_\_\_\_