



แบบคำร้อง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน เลขาธิการสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□-□□-□

เลขที่สมาชิก.....

มีความประสงค์

- ขอมีบัตรใหม่
- ขอเปลี่ยนคำนำหน้า
- ขอเปลี่ยนชื่อ-สกุล
- ขอเปลี่ยนที่อยู่ปัจจุบัน
- ขอเปลี่ยนสถานที่ทำงาน
- ขอเปลี่ยนสถานที่จัดส่งเอกสาร
- ขอเพิ่มเติมวุฒิการศึกษา
- อื่นๆ.....

| | |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ลงชื่อ..... (.....) สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน | ลงชื่อ..... (.....) เจ้าหน้าที่สภาการสาธารณสุขชุมชน |
| ลงชื่อ..... (.....) เลขาธิการสภาการสาธารณสุขชุมชน | ลงชื่อ..... (.....) นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน |

หมายเหตุ ส่งแบบคำร้อง และเอกสารหลักฐานมาที่ สภาการสาธารณสุขชุมชน เลขที่ ๘๘/๒๐ อาคาร ๕ ชั้น ๕
ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทร ๐๒-๕๕๑-๔๑๘๖