



แบบคำขอมิบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/.....)อายุปี
 บัตรประจำตัวสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนเลขที่ออกให้เมื่อ.....
 หมดอายุเมื่อ
 ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาการสาธารณสุขชุมชน ติดต่อ.....
 ตรอก/ซอย.....ถนนหมู่ที่..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ E mail

มีความประสงค์

() ขอมิบัตรใหม่

() ขอบัตรทดแทน เหตุผล () บัตรชำรุด () บัตรสูญหาย

ในกรณีการขอบัตรทดแทน ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคือ

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ

() สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ

() ภาพถ่ายหน้าตรงครึ่งตัวทำปกติไม่สวมแว่นตาซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ

() เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าบัตรประจำตัวสมาชิก บาท (.....)
 มาพร้อมคำขอฉบับนี้แล้ว

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)