**ขอมีบัตรประจำตัวหรือขอบัตรประจำตัวใหม่**

บ.จ.1

**ตามพระราชบัญญัติบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ.2542**

-----------------------------------------

เขียนที่ โรงพยาบาลบางพลี

วันที่ เดือน พ.ศ. 25661

ข้าพเจ้าชื่อ ชื่อสกุล

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ 53 ปี สัญชาติ ไทย หมู่โลหิต เอ

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ 144/45 หมู่ที่ 7 ตรอก/ซอย -

ถนน - ตำบล/แขวง บางโฉลง อำเภอ/เขต บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540 โทรศัพท์ 000-000000

เลขหมายประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ - - - -

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ 1/45 หมู่ 7 ต.บางโฉลง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

เจ้าหน้าที่ของรัฐประเภท ข้าราชการพลเรือนสามัญ

รับราชการ/ปฏิบัติงาน/เคยสังกัด แผนก/งาน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล

ฝ่าย/ส่วน โรงพยาบาลบางพลี

กอง/สำนัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ กรม/เทศบาล/องค์การ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวง/ทบวง กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ/ยศ ปฏิบัติการ

มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐยื่นต่อ ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ

กรณี 🞎 1. ขอมีบัตรครั้งแรก

🞎 2. ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก บัตรหมดอายุ บัตรหายหรือถูกทำลาย

หมายเลขของบัตรเดิม (ถ้าทราบ)

🞎 3. ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก เปลี่ยนตำแหน่ง/เลื่อนระดับ/เลื่อนยศ

เปลี่ยนชื่อตัว เปลี่ยนชื่อสกุล เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล

ชำรุด อื่น ๆ

🗹 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ

🗹 ได้แนบรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 ใบ มาพร้อมกับคำขอนี้แล้วและหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ) ผู้ทำคำขอ

( นางสาว )

หมายเหตุ: ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย/ในช่อง และหรือ หน้าข้อความที่ใช้

ให้ลงคำนำนามตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการ เช่น นาย/นาง/นางสาว/ยศ เป็นต้น และชื่อผู้ขอมีบัตร

**แบบบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ไม่ได้ออกด้วยระบบคอมพิวเตอร์**

**ด้านหลัง**

**บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ**

****

**ข้าราชการพลเรือนสามัญ**

**เลขที่………….…../………………..**

**จังหวัดสมุทรปราการ**

**วันออกบัตร…...../….…./…...… บัตรหมดอายุ…...../………/…..…ย**

**ด้านหน้า**

**เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร 0-0000-00000-00-0**

**ชื่อ นางสาว**

**ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ**

**โรงพยาบาลบางพลี**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ**

**...........................................................................**

**ลายมือชื่อ**

**หมู่โลหิต เอ**

**ตำแหน่ง...................................................................**

**ผู้ออกบัตร**

##### สำเนาถูกต้อง

(นายสกล สุขพรหม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี

**เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร 0-0000-00000-00-0**

**ชื่อ นางสาว**

**ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ**

**โรงพยาบาลบางพลี**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ**

**...........................................................................**

**ลายมือชื่อ**

**หมู่โลหิต เอ**

**ตำแหน่ง...................................................................**

**ผู้ออกบัตร**

**บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ**

****

**ข้าราชการพลเรือนสามัญ**

**เลขที่………….…../………………..**

**จังหวัดสมุทรปราการ**

**วันออกบัตร…...../….…./…...… บัตรหมดอายุ…...../………/…..…ย**