### บ.จ.1

**คำขอมีบัตรประจำตัว หรือขอบัตรประจำตัวใหม่**

**ตามพระราชบัญญัติบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. 2542**

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

เขียนที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

วันที่\_\_\_\_\_\_\_\_เดือน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_พ.ศ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าชื่อ นาย/นาง/นางสาว/ยศ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ชื่อสกุล\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

เกิดวันที่\_\_\_\_\_\_\_เดือน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_พ.ศ.\_\_\_\_\_\_\_\_ อายุ\_\_\_\_\_\_\_ปี สัญชาติ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_หมู่โลหิต\_\_\_\_\_\_

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตรอก/ซอย\_\_\_\_\_\_\_\_ถนน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตำบล/แขวง\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

อำเภอ/เขต\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_จังหวัด\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_รหัสไปรษณีย์\_\_\_\_\_\_\_\_\_โทรศัพท์\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

เลขหมายประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

เจ้าหน้าที่ของรัฐประเภท ข้าราชการบำนาญ รับราชการ/ปฏิบัติงาน/เคยสังกัด แผนก/งาน

สอ./สสอ./รพ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ กรม สำนักงานปลัดกระทรวง

กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ระดับ\_\_\_\_\_\_\_\_มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัว

เจ้าหน้าที่ของรัฐยื่นต่อ ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ

กรณี 1. ขอมีบัตรครั้งแรก

2. ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก บัตรหมดอายุ บัตรหายหรือถูกทำลาย

หมายเลขของบัตรเดิม\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ถ้าทราบ)

3. ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก เปลี่ยนตำแหน่ง/เลื่อนระดับ/เลื่อนยศ

เปลี่ยนชื่อตัว เปลี่ยนชื่อสกุล เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล

ชำรุด อื่น ๆ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ได้แนบรูปถ่ายสามรูปมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และ หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ผู้ทำคำขอ

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย / ในช่อง และหรือ หน้าข้อความที่ใช้