

เลขที่...../.....

คำขอมีบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ข้าพเจ้า เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
หมู่โลหิต.....สัญชาติ..... เลขประจำตัวประชาชน
มีภูมิลำเนาบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง
.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....
วุฒิการศึกษา..... เริ่มเป็น อสม.เมื่อ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- ๑) ขอมีบัตรครั้งแรก
- ๒) ขอมีบัตรใหม่แทนบัตรเดิมที่สูญหาย หรือชำรุด
- ๓) บัตรหมดอายุ (บัตรเก่าเลขที่..... หมดอายุวันที่.....)

โดยได้แนบหลักฐานต่างๆ ดังนี้

- ๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ๒) รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- ๓) บัตรเก่าที่หมดอายุ(กรณีขอมีบัตรใหม่เนื่องจากบัตรหมดอายุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (.....) วันที่...../...../.....
--

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง(1) (.....) ตำแหน่ง..... วันที่...../...../.....
--

ผลการตรวจสอบ <input type="checkbox"/> เห็นควรอนุมัติ <input type="checkbox"/> เห็นควรไม่อนุมัติเนื่องจาก..... (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ(2) (.....) ตำแหน่ง...../...../.....
--

ความเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ (ลงชื่อ)..... (.....) วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : (1) ผู้รับรอง หมายถึง สาธารณสุขอำเภอ

(2) ผู้ตรวจสอบ หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนหรือผู้ดูแลระบบฐานข้อมูล อสม.