**คำขอมีบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่**

**ตามพระราชบัญญัติเครื่องสําอาง พ.ศ. ๒๕๕๘**

**พ.ศ. ๒๕๕๙**

เขียนที่ ........................................................................

วันที่......................เดือน..............................พ.ศ...........

ข้าพเจ้าชื่อ........................................................................................................................................อายุ..........................ปี  
ตำแหน่ง..............................................................ระดับ...................................เชื้อชาติ.................................สัญชาติ..........................

มีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..........................หมู่ที่.....................ซอย/ ตรอก...................................ถนน..................................................

ตำบล.................................................อำเภอ..............................................จังหวัด………………….…………………รหัสไปรษณีย์....................

โทรศัพท์................................................

วุฒิการศึกษา...................................................................................เคยทำบัตรนี้มาแล้วหรือไม่......................................................

เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญหรือพนักงานของรัฐ ตำแหน่ง ..........................................................................................................

เริ่มดำรงตำแหน่งเมื่อ......................................................................สังกัด...........................................................................................

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.......................................................................

ขอมีบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พุทธศักราช 2558

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานดังนี้

1. สำเนาบัตรข้าราชการ/ บัตรประชาชน หรือ บัตรพนักงานของรัฐ
2. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 รูป

ลงชื่อ...............................................ผู้ยื่นคำขอ

(....................................................)

**หมายเหตุ** 1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความข้างล่างนี้

กรณี ( ) ขอมีบัตรครั้งแรก ( ) เลื่อนระดับสูงขึ้น ( ) ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งใหม่

( ) ขอมีบัตรใหม่แทนบัตรที่สูญหาย (ต้องแนบสำเนาใบแจ้งความเจ้าหน้าที่ตำรวจมาด้วย)

( ) บัตรหมดอายุ บัตรเก่าเลขที่.................................วัน เดือน ปี หมดอายุ ...................................

2. ในกรณีที่เคยขอมีบัตรไว้ก่อนแล้ว เมื่อขอทำบัตรใหม่ให้แนบบัตรเก่าคืนมาด้วย

มิฉะนั้นอาจไม่ได้รับการพิจารณาทำบัตรใหม่

**ตรวจแล้วถูกต้อง**

**ลงชื่อ**........................................................

(.......................................................)

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

**แบบบัตรประจําตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข**

เรื่อง กำหนดแบบบัตรประจําตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติเครื่องสําอาง พ.ศ. ๒๕๕๘

พ.ศ. ๒๕๕๙

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

(ด้านหน้า)

รูปภาพประกอบด้วย ข้อความ, หนังสือ

คำอธิบายที่สร้างโดยอัตโนมัติ

บัตรประจําตัวพนักงานเจ้าหน้าที่

ตามพระราชบัญญัติเครื่องสําอาง พ.ศ. ๒๕๕๘

เลขที่ .......... /..........

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วันออกบัตร …. /.... / .... บัตรหมดอายุ … / .... /....

(ด้านหลัง)

เลขประจําตัวประชาชนของผู้ถือบัตร

.................................................................................

ชื่อ..............................................................................

ตำแหน่ง......................................................................

สังกัด..........................................................................

เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘

รูปถ่าย ขนาด

๒.๕ x ๓.๐ ซม.

ลายมือชื่อผู้ถือบัตร

หมู่โลหิต ....

..........................................................................

ผู้ออกบัตร

หมายเหตุ : ให้มีตรากระทรวงหรือตราส่วนราชการที่ออกบัตร ประทับที่มุมล่างด้านขวาของรูปด้วยหมึกสีแดง