

คำขอมีบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสวนปรุง

(เขียนที่).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ .....ชื่อสกุล .....

ชื่อสกุลภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่).....

ตำแหน่ง ..... ปฏิบัติงานที่กลุ่มงาน/งาน/หอผู้ป่วย.....

.....โทรศัพท์ .....

มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสวนปรุง

กรณี  ๑. ขอมีบัตรครั้งแรก

๒. ขอมีบัตรใหม่/ ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก

บัตรหายหรือถูกทำลาย  เปลี่ยนตำแหน่ง  เปลี่ยนชื่อตัว

เปลี่ยนชื่อสกุล  เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล  ชำรุด

กรณีการออกบัตรใหม่/ ขอเปลี่ยนบัตร ชำระค่าธรรมเนียม ใบละ ๑๕๐ บาท (หนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ตามใบเสร็จเลขที่.....

.....

.....

กรณีต้องการ  สายคล้องคอ จำนวน ..... เส้น  แบบตัวหนีบ จำนวน ..... อัน

ชำระค่าธรรมเนียมขึ้นละ ๑๐๐ บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน) ตามใบเสร็จเลขที่.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอมีบัตร

(.....)