**คำขอมีบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข** ติดรูปถ่าย

 **ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข**  ขนาด

 **พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม** 2.5 x 3.0

.................................... เซนติเมตร

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

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

ข้าพเจ้า..........................................................นามสกุล...............................................อายุ......................................

เกิดวันที่.........................เดือน......................................พ.ศ.................................ภูมิลำเนาเลขที่............................

หมู่ที่.........................ตรอก/ซอย............................................แขวง/ตำบล..............................................................

อำเภอ................................................จังหวัด....................................................โทร.................................................

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง..................................................................ระดับ...................................................................

ฝ่าย/กลุ่มงาน...........................................................................................................................................................สังกัดหน่วยงาน.......................................................................................................................................................

วุฒิการศึกษามีดังนี้

1. ..............................................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................................

 ยื่นขอมีบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

 (ลงชื่อ)..................................................................

 ( )

หมายเหตุ 1. โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างข้างล่าง

 ( ) ขอมีบัตรครั้งแรก

( ) ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก แทนบัตรที่สูญหาย (ต้องแนบใบแจ้งความจากเจ้าหน้าที่ตำรวจมาด้วย)

 บัตรหายหรือถูกทำลาย

( ) ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก เปลี่ยนตำแหน่ง /เลื่อนระดับ / เปลี่ยนยศ

 เปลี่ยนชื่อตัว เปลี่ยนชื่อสกุล เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล

 ชำรุด อื่นๆ..................................................

 ได้แนบรูปถ่าย ๒ ใบ มาพร้อมคำขอนี้แล้ว และ หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

 ๒. ในกรณีที่เคยมีบัตรไว้ก่อนแล้ว เมื่อขอบัตรใหม่ ให้แนบบัตรเก่าคืนมาด้วย มิฉะนั้นอาจไม่ได้

 รับการพิจารณาทำบัตรใหม่

 ตรวจถูกต้องแล้ว

 ลงชื่อ..................................................

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

**เอกสารชี้แจงการทำบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานสาธารณสุข**

**ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม**

 **1. เอกสารทั้งหมดให้พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ หรือเครื่องพิมพ์ดีด เขียนเฉพาะช่องลงลายมือชื่อเท่านั้น หากต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมสอบถามได้ที่ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแลดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โทรศัพท์ ๐๔๕ ๗๑๒๒๓๓ – ๔ ต่อ ๑๑๙**

 **2. สสจ.ยโสธร ขอความร่วมมือให้ โรงพยาบาลยโสธร รพช.ทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ประกอบการจัดทำบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุขฯ ส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ภายในเดือน ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ ดังนี้**

 ๒.1 โรงพยาบาลยโสธร และโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง ๆ ละ ๒ คนขึ้นไป ได้แก่

๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๒) นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป

 ๒.2 สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ๆ ละ ๒ คนขึ้นไป ได้แก่

๑) สาธารณสุขอำเภอ

 ๒) นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไปเจ้าพนักงานสาธารณสุขและพยาบาลเทคนิคตั้งแต่ระดับชำนาญงานขึ้นไป ซึ่งสาธารณสุขอำเภอมอบหมาย

๒.๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ๆ ละ ๒ คน ได้แก่

๑) ผู้อำนวยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒) นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป (ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ประจำ รพ.สต.นั้นๆ)

**๓. เอกสารที่ต้องส่ง ประกอบด้วย**

๓.๑ คำขอมีบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติฯ

3.๒ รูปถ่ายปัจจุบัน (ชุดข้าราชการ)ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน ขนาด 1 นิ้ว (๒.๕X๓.๐ เซนติเมตร) จำนวน 2 รูป สำหรับติดแบบคำขอฯ และบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานส

าธารณสุข

๓.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนรับรองสำเนาถูกต้อง

 3.๔ เอกสารประกอบกรณีต่างๆ เช่น บัตรหมดอายุ คืนบัตรเก่า กรณีบัตรเก่าหาย หรือชำรุด ให้แนบเอกสารรับแจ้งเอกสารสูญหายของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งออกโดยสถานีตำรวจที่รับแจ้งกรณี เปลี่ยนตำแหน่ง เลื่อนระดับ ให้แนบคำสั่งนั้นๆมาด้วย กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อ-สกุล คำนำหน้าชื่อ หรืออื่นๆ ให้แนบเอกสารของทางราชการดังกล่าวมาด้วย

 **4.สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์ม** ข้อ 3.1 ได้ที่เว็บไซด์ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดยโสธร <https://www.envoccyasothon.org/> เมนูรายการ ข่าวสาร/บทความ เรื่องการจัดทำบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุขฯ

ด้วยความขอบคุณ

 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.ยโสธร