



## แบบคำร้อง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

เรียน เลขาธิการสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□-□□-□

เลขที่สมาชิก.....

### มีความประสงค์

- ขอเปลี่ยนคำนำหน้า
- ขอเปลี่ยนชื่อ-สกุล
- ขอเปลี่ยนที่อยู่ปัจจุบัน
- ขอเปลี่ยนสถานที่ทำงาน
- ขอเปลี่ยนสถานที่จัดส่งเอกสาร
- ขอเพิ่มเติมวุฒิการศึกษา
- อื่นๆ.....

ลงชื่อ..... (.....) สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน	ลงชื่อ..... (.....) เจ้าหน้าที่สภาการสาธารณสุขชุมชน
ลงชื่อ..... (.....) เลขาธิการสภาการสาธารณสุขชุมชน	ลงชื่อ..... (.....) นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน

หมายเหตุ ส่งแบบคำร้อง และเอกสารหลักฐานมาที่ สภาการสาธารณสุขชุมชน เลขที่ ๘๘/๒๐ อาคาร ๕ ชั้น ๕  
ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทร ๐๒-๕๕๑-๙๑๘๖