



ประกาศจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ
ในตำแหน่งแพทย์แผนไทยปฏิบัติการ และตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามที่ได้มีประกาศจังหวัดอุบลราชธานี ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เรื่อง รับสมัครคัดเลือก
เพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งแพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ และตำแหน่ง
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ไปแล้ว และ
คำสั่งจังหวัดอุบลราชธานี ที่ ๕๐๓๑๘/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ นั้น

บัดนี้ การดำเนินการคัดเลือกได้เสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก
ตามลำดับที่ ดังต่อไปนี้

ตำแหน่งแพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - นามสกุล
๑	๒๘	นางสาวสุตารัตน์ สรรพวุธ
๒	๐๑	นางสาวปรารธนา บุตรอำคา
๓	๐๒	นางสาวจินดา นนท์ศิริ
๔	๑๗	นางลักขณา สุเพ็ญศิลป์
๕	๑๘	นางสาวจริยา แก้วคำภา

ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - นามสกุล
๑	๐๑	นางสาวพิชญานิน กิ่งแสง
๒	๐๓	นายชยุต สีสันต์
๓	๐๙	นางสาวผกามาส ประกอบแสง
๔	๐๔	นางพรทิพย์ คำมุงคุณ
๕	๐๕	นางกัลยกร สาโส
๖	๐๖	นางกานต์พิชชา อรรถเวทิน
๗	๐๗	นางสาวปวีณา ไชยพล
๘	๐๘	นางสาววิจิตาภรณ์ นามะณี
๙	๐๒	นายอมร กอทอง

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ได้รับการคัดเลือกทราบ ดังนี้

๑. บัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก ใช้ได้จนถึงสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๙ แต่ถ้ามีการคัดเลือกในตำแหน่ง
เดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกใหม่แล้ว บัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

๒. ผู้ได้รับ...

๒. ผู้ได้รับการคัดเลือกผู้ใดได้ขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกดังกล่าวข้างต้น ถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก คือ

- ๒.๑ ผู้นั้นได้สละสิทธิการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก
- ๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการบรรจุเข้ารับราชการภายในเวลาที่กำหนด
- ๒.๓ ผู้นั้นมีเหตุที่ไม่อาจเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ตามกำหนดเวลา ที่จะบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๒.๔ ผู้นั้นได้บรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือกไปแล้ว

๓. หากปรากฏภายหลังว่า ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกรายใดมีคุณสมบัติทั่วไปหรือคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งไม่ตรงตามประกาศรับสมัคร หรือคุณสมบัติที่ยื่นสมัครเข้ารับการคัดเลือก ก.พ. มิได้รับรองว่าเป็นคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครคัดเลือก ถึงแม้ว่าผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกรายนั้น จะเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกก็จะมีสิทธิได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้เข้ารับราชการในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๔. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งดังกล่าว ต้องอยู่ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ได้รับบรรจุและแต่งตั้งเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี โดยห้ามโอนไปส่วนราชการอื่น เว้นแต่ลาออกจากราชการ

๕. ให้ผู้ได้รับการคัดเลือกมา รายงานตัวเพื่อบรรจุเข้ารับราชการในวันพฤหัสบดีที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หากไม่มา รายงานตัวภายในกำหนดจะถือว่าสละสิทธิ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

(นายชัชวาลย์ เบญจสิริวงศ์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

ประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
รายงานตัวเพื่อบรรจุเข้ารับราชการ

ลำดับ	ตำแหน่ง	ลำดับที่เรียก	วันที่เรียกรายงานตัว	เวลา
๑	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	๑	๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗	๐๘.๓๐ น.
๒	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	๑-๒		

ใบรับรองแพทย์

เลขที่

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์..... อีเมล.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรอง

สุขภาพเพื่อเข้ารับราชการในตำแหน่ง..... กรม

กระทรวง..... โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือ
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ
พลเรือนสามัญ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ

สถานที่ตรวจ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (๒)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

แล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง ซม. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ดังนี้

(๑) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๒) โรคติดยาเสพติดให้โทษ

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๓) โรคพิษสุราเรื้อรัง

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๔) โรคติดต่อร้ายแรงที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๕) โรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

โรคทางกาย

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

โรคทางจิต

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

การตรวจพบ.....

.....

.....

เห็นควรส่งตรวจเพิ่มเติม.....

.....

.....

สรุปความเห็นของแพทย์(๓)

.....

.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (๔)

(.....)

หมายเหตุ (๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ชื่อ-สกุล.....

ปะหนัำนำนัส่งเอกสารบรรจุ

ตำแหน่งที่รับการบรรจุเข้ารับราชการ.. ทันทแพทย์ปฏิบัติการ

ส่วนของผู้เข้ารับราชการ

		จำนวน	ครบ	หมายเหตุ
1	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับราชการ	4		
2	สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับราชการ	4		
3	ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ,ใบสมรส,ใบหย่า (ถ้ามี)	4		
4	สำเนาปริญญาบัตร/ระเบียนการศึกษา/ใบประกอบโรคศิลป์ (ถ้ามี)	2 ชุด		
5	ใบรับรองแพทย์ (รพ.ของรัฐบาล เท่านั้น)	1		
6	ใบแสดงผลการตรวจหมู่โลหิต (กรุ๊ปเลือด)	1		
7	สำเนาวุฒิการศึกษาอื่นนอกเหนือจากวุฒิที่บรรจุ (ถ้ามี)	2		
8	รูปถ่าย 1 นิ้ว (ชุดปกติขาวตามระดับชั้นที่บรรจุรับราชการ)	2		
9	สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารหน้าแรก (ออมทรัพย์)	1		

ส่วนของบิดา-มารดา (ของผู้รับราชการ)

1	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (บิดา- มารดา)	1		
2	สำเนาทะเบียนทะเบียนบ้าน (บิดา-มารดา)	1		
3	ใบสำคัญการสมรสของ (บิดา-มารดา)	1		
4	ใบสำคัญการหย่า/ใบมรณบัตร (บิดา-มารดา)	1		
5	สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (บิดา-มารดา) ถ้ามี	1		
**กรณี **บิดา-มารดา ไม่ได้จดทะเบียนสมรสกัน ให้ขอหนังสือรับรองบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย (แบบ คร.11) หรือสำเนาคำสั่งศาล/คำพิพากษา ถึงที่สุด ว่าเป็นบุตรโดยชอบ ด้วยกฎหมายของบิดา		1		

ส่วนของ คู่สมรส ผู้รับราชการ (ถ้ามี)

1	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	1		
2	สำเนาทะเบียนทะเบียนบ้าน	1		
3	ใบสำคัญการสมรส	1		
4	ใบสำคัญการหย่า/ใบมรณบัตร	1		
5	สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล	1		

ส่วนของ บุตร ผู้รับราชการ (ถ้ามี)

1	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	1		
2	สำเนาทะเบียนทะเบียนบ้าน	1		
3	สำเนาสูติบัตร	1		

*** ให้ลงวันที่ในแบบฟอร์มต่าง ๆ 29 พฤษภาคม 2566 ทุกฉบับ

เนื่องจากเป็นวันบรรจุของน้องๆ

(ลงชื่อ)

ผู้ส่ง

ผู้ตรวจ

*** ให้เจ้าตัว รับรองสำเนาทุกฉบับ

*** ให้ใช้ปากกาถูกลิ้น สีน้ำเงิน (หมึกแห้ง) ในการกรอกข้อมูล และเซ็นต์เอกสารเท่านั้น

ใบรายงานตัวเพื่อเข้ารับราชการ

กรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

๑. ข้าพเจ้า (นาย , นาง , นางสาว).....สกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... บ้านเลขที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
๒. สถานภาพการสมรส () โสด () สมรส () หม้าย () หย่าร้าง () แยกกันอยู่
๓. ชื่อคู่สมรส.....สกุลเดิม.....อาชีพ.....
๔. ชื่อบิดา.....ชื่อมารดา.....สกุลเดิม.....
อาชีพบิดา.....อาชีพมารดา.....
๕. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ตรอกหรือซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
๖. อุปสมบท ณ วัด เมื่อ
๗. รับราชการทหารหรือตำรวจกองประจำการสังกัด.....
เมื่อ.....ปลดเมื่อ.....
๘. ความรู้พิเศษ.....
.....
๙. ประวัติการทำงานที่อื่นมาก่อน (หน่วยงาน ตำแหน่ง ระยะเวลา).....
.....
๑๐. คัดเลือกเพื่อบรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่ง.....
.....
๑๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(.....)

(ผู้รายงานตัว)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือกรณีข้าราชการถึงแก่ความตาย

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ
ตำแหน่ง.....สังกัดกอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
กรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับ เงินเดือน เดือนละ.....บาท ขอแสดงเจตนาระบุตัว
ผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษ โดยหนังสือฉบับนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างรับราชการ และทางราชการจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้ตาม
ระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินเดือนของส่วนราชการ ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยเหลือพิเศษ
แก่.....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่
.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

บันทึกการเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนาใหม่ ตามหนังสือแสดงเจตนาลง
วันที่.....ซึ่งให้.....เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่
ความตายระหว่างรับราชการ

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้บันทึกไว้ในสมุด / แฟ้มประวัติแล้ว

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วันที่

ข้าพเจ้า.....เป็น [] ข้าราชการ [] ผู้รับบำนาญ ระดับ.....

ตำแหน่ง.....สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวง
สาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับ [] เงินเดือน เดือนละ.....บาท [] บำนาญร่วมกับ ช.บ.เดือนละ.....บาท
ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ

.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ในกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย หากข้าพเจ้าไม่มีทายาทผู้มีสิทธิจะได้รับบำเหน็จตกทอด (บุตร สามี หรือภริยา และบิดามารดาที่ชอบด้วยกฎหมาย)
ตามมาตรา 48 วรรคหนึ่ง และมาตรา 49 แห่งพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2494 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และมาตรา 58 วรรค
หนึ่ง และมาตรา 60 แห่งพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2539 ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดโดย
หนังสือฉบับนี้แสดงว่า ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินบำเหน็จตกทอดแก่บุคคล รวม.....คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน

2.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน

3.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน

4.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน

5.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน

6.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน

7.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน

8.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน

9.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน

10.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน.....
 11.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน.....
 12.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน.....
 13.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน.....
 14.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน.....
 15.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน.....

หนังสือแสดงเจตนานี้ได้ทำขึ้น 2 ฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน เก็บไว้ที่ผู้แสดงเจตนา 1 ฉบับ อีกฉบับหนึ่งส่งไปเก็บไว้ที่สมุด/แฟ้มประวัติ สำหรับผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ เก็บไว้ที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดผู้เบิกเบี้ยหวัดบำนาญ

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

หนังสือแสดงเจตนานี้ระบุตัวผู้รับบำนาญตกทอดฉบับนี้ ได้ยื่นเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

[] โดย.....ข้าราชการ/ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ

[] โดย.....ผู้รับมอบฉันทะ ตามหนังสือมอบฉันทะ ฉบับลงวันที่.....

ได้นำหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้เป็นหลักฐานแล้ว

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ 1. การขูดลบ ชัดฆ่า หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำนาญตกทอดให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้

2. ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง []

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วันที่

เรื่อง รับรองการเป็นทายาท

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จังหวัด
อุบลราชธานี ตั้งบ้านเรือนอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ขอรับรองว่า

๑. ข้าพเจ้ามีบิดาชื่อ.....มารดาชื่อ.....
ยังมีชีวิตอยู่ และตั้งบ้านเรือนอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
(ถ้าบิดาหรือมารดาทั้งสองคนได้ถึงแก่กรรมแล้ว แต่เมื่อ วัน เดือน พ.ศ.ใด ให้แจ้งให้ทราบในบรรทัดว่างต่อไปนี้)

๒. ข้าพเจ้ามีสามีหรือภริยาที่ถูกต้องตามกฎหมายชื่อ.....
(ถ้าได้เลิกร้างกันหรือถึงแก่กรรมเมื่อวัน เดือน พ.ศ.ใด ให้แจ้งให้ทราบ).....

๓. ข้าพเจ้ามีบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายและยังมีชีวิตอยู่ในเวลานี้(รวมทั้งบุตรบุญธรรมที่จดทะเบียนโดยถูกต้องตาม
กฎหมายแล้ว) ชื่อ

๑)เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๒)เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓)เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๔)เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๔. ถ้าไม่มีสามี หรือภริยา และบุตร บิดา มารดา ได้ถึงแก่กรรมไปหมดแล้วแต่เมื่อใด ขอให้แจ้งให้ทราบว่าอยู่ในความ
อุปการะของผู้ใดหรือไม่ หรือมีผู้อยู่ในความอุปการะตามที่กฎหมายบัญญัติไว้หรือไม่ ถ้าไม่มีก็แจ้งว่าไม่มี ถ้ามีก็แจ้งว่ามี โดยชื่อใด
เกิดเมื่อ วัน เดือน พ.ศ.ใด และอยู่ตำบล อำเภอ จังหวัดใด เกี่ยวข้องเป็นอะไรกับผู้ยื่น

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วันที่

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี แจ้งว่า ข้าพเจ้าได้จัดทำทะเบียนประวัติ
ข้าราชการพลเรือนสามัญ โดยระบุวัน เดือน ปี เกิดไว้ว่า เกิดวันที่.....นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้ว และขอยืนยันว่า (ให้กาเครื่องหมาย ✓ ใน () ที่ต้องการ)

() วัน เดือน ปีเกิด ในทะเบียนประวัติดังกล่าวถูกต้องแล้ว

() วัน เดือน ปีเกิด ในทะเบียนประวัติดังกล่าวไม่ถูกต้อง และจะติดต่อขอแก้ไขที่สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

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

หมายเหตุ หากข้าราชการผู้ใดเห็นว่า วัน เดือน ปีเกิด ไม่ถูกต้องตามที่ระบุไว้ใน ก.พ.๗ จะต้องยื่นเรื่องราวขอแก้ไข
วัน เดือน ปีเกิด ภายใน ๕ ปี นับแต่วันบรรจุเข้ารับราชการ เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วไม่ยื่นเรื่องราวขอแก้ไข
เป็นอันหมดสิทธิตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๑๐ แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการแก้ไข วัน เดือน
ปีเกิด ในทะเบียนประวัติข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๒๗

(ชั้นความลับ)

ประวัติบุคคล

ติดภาพถ่ายครึ่งตัว
หน้าตรง ไม่สวมหมวก
ขนาด ๔.๕ x ๖ ซม.

ถ่ายเมื่อ.....

๑. บศ.....ชื่อตัว.....ชื่อสกุล.....เพศ.....
๒. ชื่อตัวเดิม.....หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ.....
ชื่อสกุลเดิม.....หลักฐานการเปลี่ยนชื่อสกุล.....
ชื่อเล่น หรือชื่ออื่น ๆ (ถ้ามี).....
๓. เลขประจำตัวประชาชน
๔. วัน เดือน ปี เกิด.....สถานที่จดทะเบียนเกิด.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
สัญชาติเดิม.....หลักฐานการแปลงสัญชาติ.....
๕. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
๖. ถ้าเป็นต่างด้าว ใบสำคัญถิ่นที่อยู่เลขที่.....ลงวันที่.....
ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่.....ลงวันที่.....
ออกให้ ณ.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ประเทศมาตุภูมิ.....วัน เดือน ปี ที่เข้าประเทศไทย.....
๗. ที่อยู่ในระยะ ๑๕ ปีที่ผ่านมา (ให้กรอกตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		บ้านเลขที่	ตรอก/ซอย	ถนน	ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต	จังหวัด	ประเทศ
จาก	ถึง							

๘. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ดำหนิ.....

(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๒ -

๘. การศึกษา (ให้กรอกตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		ชื่อและที่ตั้งสถานศึกษา	หลักสูตรหรือชั้นใดถึงชั้นใด	ผลการศึกษา
จาก	ถึง			

๑๐. กิจกรรมพิเศษในสถานศึกษา (เช่น เป็นกรรมการนักศึกษา ประธานกีฬา หรือหน้าที่อื่น ๆ ในสถานศึกษา)

ระยะเวลา		สถานศึกษา	ตำแหน่งหน้าที่
จาก	ถึง		

๑๑. รู้ภาษาไทยถิ่นต่าง ๆ และภาษาต่างประเทศ (บอกระดับความสามารถว่า ดีมาก ดี พอใช้)

ภาษา	อ่าน	ฟัง	เขียน	พูด

.....
(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๓ -

๑๒. ประวัติการทำงานหรือการรับราชการ (ให้กรอกตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		นายจ้างหรือส่วนราชการที่ สังกัดและที่ตั้ง	ตำแหน่งหน้าที่	เหตุผลที่ออกหรือย้าย
จาก	ถึง			

๑๓. อาชีพพิเศษอื่น ๆ และงานอดิเรก

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

๑๔. การรับราชการทหาร

ปัจจุบันเป็นทหารประจำการ หรือทหารกองหนุน.....
ยศ..... เครื่องหมายทะเบียนทหาร.....
เหล่าและสังกัด..... ที่ตั้งของหน่วย.....
เข้าประจำการเมื่อ.....ถึง.....จำนวนปีที่รับราชการมาแล้ว.....
เหตุที่ออก.....
ผู้บังคับบัญชาโดยตรงคนสุดท้าย.....
เคยไปปฏิบัติราชการพิเศษที่.....เมื่อ.....ระยะเวลา.....
.....
.....
.....

.....
(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๔ -

๑๕. การเป็นนักเขียน ถ้าเคย ให้แจ้งโดยละเอียดถึงชื่อเรื่องหรือบทความ นามปากกา พร้อมทั้งชื่อหนังสือ
บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา และวัน เดือน ปี ที่พิมพ์.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๑๖. การเป็นสมาชิกในพรรคการเมือง สมาคม สโมสร หรือองค์การ (ในทางอาชีพ สังคม การเมือง ฯลฯ)
ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

ระยะเวลา		ชื่อ	ที่ตั้ง	หมายเลขสมาชิก
จาก	ถึง			

.....
(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๕ -

๑๗. การเดินทางไปต่างประเทศ (ให้กรอกตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		เมืองและประเทศ	ความมุ่งหมายที่ไป และทุนที่ได้รับ
จาก	ถึง		

๑๘. หนังสือสำคัญแสดงตน (เช่น บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ ใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะ หนังสือเดินทางและใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว)

ชนิดหนังสือสำคัญ	หมายเลข	ออกให้ที่	วันออกและวันสิ้นอายุ

๑๙. การถูกจับ หรือถูกฟ้องศาลในกรณีความผิดใด ๆ ทั้งทางคดีแพ่ง และคดีอาญา (นอกจากความผิดเกี่ยวกับการปฏิบัติผิดกฎหมายจราจรเล็ก ๆ น้อย ๆ)

วัน เดือน ปี	สถานที่เกิดเหตุ	ข้อหา	ผลที่สุดแห่งคดี

.....
(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๖ -

๒๐. บิดามารดา

รายละเอียด	บิดา	มารดา
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล		
วัน เดือน ปี เกิด		
สถานที่จดทะเบียนเกิด		
เชื้อชาติ และศาสนา		
สัญชาติเดิมและปัจจุบัน		
ที่อยู่ปัจจุบันและหมายเลขโทรศัพท์		
อาชีพหรือตำแหน่งหน้าที่		
ที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์		

๒๑. การสมรสทั้งที่จดทะเบียนและไม่ได้จดทะเบียน (ทำเครื่องหมาย X ที่ช่องใดช่องหนึ่งตามจริง)

☐ โสด ☐ หมั้น ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า

รายละเอียด	คู่หมั้นหรือคู่สมรสครั้งก่อน	คู่หมั้นหรือคู่สมรสในปัจจุบัน
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล		
วัน เดือน ปี เกิด		
สถานที่จดทะเบียนเกิด		
เชื้อชาติ และศาสนา		
สัญชาติเดิมและปัจจุบัน		
อาชีพ และตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน		
ที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์		
วัน เดือน ปี ที่ทำการสมรสหรือหมั้น		
สถานที่จดทะเบียนสมรส		
ที่อยู่ปัจจุบันและหมายเลขโทรศัพท์		
เหตุที่แยกกันอยู่หรือหย่า		
ที่อยู่ครั้งสุดท้ายก่อนถึงแก่กรรม แยกกันอยู่ หรือหย่า		

หมายเหตุ ถ้าทำการหมั้น สมรสหรือหย่าเกินกว่านี้ ให้เขียนชื่อคู่หมั้น ภรรยาหรือสามี ในแผ่นกระดาษต่างหาก
บอกรายละเอียดตามรายการข้างต้นนี้ทุกครั้ง

.....
(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๗ -

๒๒. บุตร

รายละเอียด	๑	๒	๓	๔
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล				
วัน เดือน ปี เกิด				
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา				
ที่อยู่ปัจจุบัน				
อาชีพและตำแหน่งหน้าที่				
สถานศึกษาหรือที่ทำงาน				
หมายเลขโทรศัพท์				

๒๓. พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดา รวมทั้งสามีหรือภรรยา

รายละเอียด	๑	๒	๓	๔
พี่น้อง				
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล ปัจจุบัน				
วัน เดือน ปี เกิด				
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา				
ที่อยู่ปัจจุบัน				
อาชีพและตำแหน่งหน้าที่				
สถานศึกษาหรือที่ทำงาน				
หมายเลขโทรศัพท์				
สามีหรือภรรยาของพี่น้อง				
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุลเดิม				
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา				
อาชีพ และตำแหน่งหน้าที่				
สถานศึกษาหรือที่ทำงาน				
หมายเลขโทรศัพท์				

.....
(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๘ -

๒๔. ญาติที่รับราชการหรือทำงานอยู่ในองค์การรัฐบาล

รายละเอียด	๑	๒	๓	๔
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล				
เกี่ยวข้องกับ				
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา				
อาชีพและตำแหน่งหน้าที่				
ที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์				
ที่อยู่ปัจจุบันและหมายเลขโทรศัพท์				

๒๕. ญาติ เพื่อน หรือผู้ที่คุ้นเคยในต่างประเทศ

รายละเอียด	๑	๒	๓	๔
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล				
เกี่ยวข้องกับ				
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา				
อาชีพและตำแหน่งหน้าที่				
สถานศึกษาหรือที่ทำงาน				
ที่อยู่ปัจจุบัน				
เหตุการณ์ไปอยู่ต่างประเทศ				

๒๖. ผู้ร่วมอาศัยในที่อยู่ปัจจุบัน

ลำดับ	ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล	เกี่ยวข้องกับ
๑		
๒		
๓		
๔		
๕		
๖		
๗		
๘		
๙		
๑๐		

.....
(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๘ -

๒๗. ผู้ใกล้ชิดสนิทสนมและบุคคลที่ติดต่อกับเสมอ (เว้นเครือญาติ นายจ้างเดิม หรือบุคคลที่พำนักนอกประเทศ)

ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล	จำนวนปี ที่รู้จัก	เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา	ที่อยู่ปัจจุบันและ หมายเลขโทรศัพท์	ที่ทำงานและ หมายเลขโทรศัพท์

๒๘. ผู้อุปการะช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งในอดีตและปัจจุบัน (เว้นบิดามารดา)

ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล	เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา	ที่อยู่ปัจจุบันและ หมายเลขโทรศัพท์	ที่ทำงานและ หมายเลขโทรศัพท์

๒๙. ประวัติดั้งเดิมและอื่น ๆ ในทางส่วนตัวที่ไม่ได้แจ้งไว้ในรายงานข้างต้น

.....

..... (ถ้ามีข่าวสารเพิ่มเติมมากกว่านี้ ให้ใช้กระดาษบันทึกแนบท้าย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลายมือชื่อ.....เจ้าของประวัติ

ควบคุมการบันทึกประวัติโดย

ยศ, ชื่อ และตำแหน่ง (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ.....

วัน เดือน ปี.....

.....

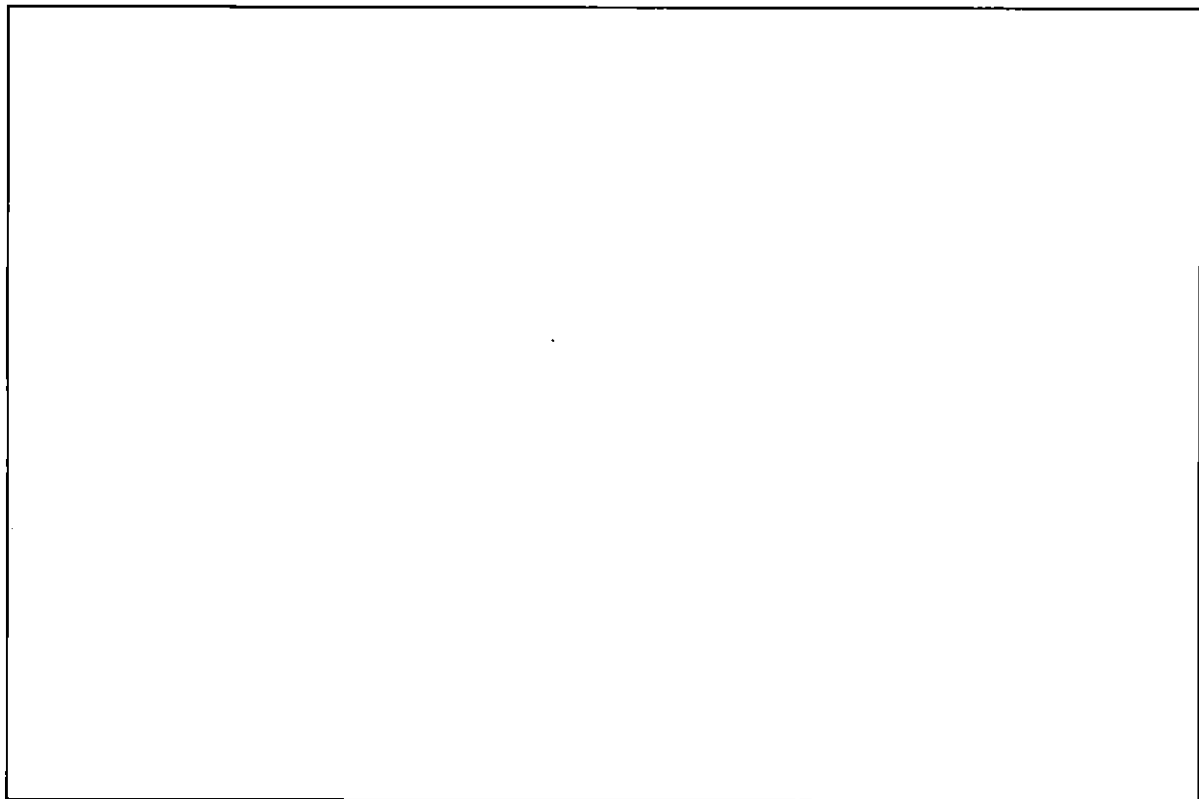
(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๑๐ -

แผนที่สังเขปที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....
ชื่อเจ้าบ้าน.....หมายเลขโทรศัพท์.....
บุคคลที่จะขอให้ตามตัวได้ในกรณีเร่งด่วน ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล.....
เกี่ยวข้องเป็น.....บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์.....



ลายมือชื่อ.....เจ้าของประวัติ
จัดทำเมื่อ.....

.....
(ชั้นความลับ)

ตัวอย่าง

การกรอกข้อมูล

ในเอกสารประกอบการบรรยายรับราชการ

ใบรายงานตัวเพื่อเข้ารับราชการ

กรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

๑. ข้าพเจ้า (นาย , นาง , นางสาว).....โควิท.....สกุล.....ไชโย.....
เกิดวันที่.....๑..เดือน.....มกราคม..พ.ศ.....๒๕๓๕..... บ้านเลขที่.....๑๑/๑ หมู่ ๑.....
ตำบล.....ธาตุน้อย.....อำเภอ.....เชียงใน.....จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
สัญชาติ.....ไทย.....เชื้อชาติ.....ไทย.....ศาสนา.....พุทธ.....
๒. สถานภาพการสมรส (/) โสด () สมรส () หม้าย () หย่าร้าง () แยกกันอยู่
๓. ชื่อคู่สมรส.....-.....สกุลเดิม.....-.....อาชีพ.....-.....
๔. ชื่อบิดา.....นายชนะ ไชโย.....ชื่อมารดา.....น.ส.ยอดดอย.....สกุลเดิม.....ลัลลา.....
อาชีพบิดา.....ข้าราชการบำนาญ.....อาชีพมารดา.....รับจ้าง (วิศวะกร).....
๕. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่๑๑/๑... ตรอกหรือซอย.....-.....ถนน..แจ้งสนิท...
ตำบล.....ธาตุน้อย.....อำเภอ.....เชียงใน.....จังหวัด..อุบลราชธานี.....โทร..๐๘๖-๔๘๗๕๕๔๖..
๖. อุปสมบท ณ วัดป่าหัวดอน..... เมื่อ๗ กรกฎาคม ๒๕๕๑.....
๗. รับราชการทหารหรือตำรวจกองประจำการสังกัด.....-.....
เมื่อ.....-.....ปลดเมื่อ.....-.....
๘. ความรู้พิเศษ.....เขียนโปรแกรมสำเร็จรูประบบคอมพิวเตอร์.....
.....
๙. ประวัติการทำงานที่อื่นมาก่อน (หน่วยงาน ตำแหน่ง ระยะเวลา).....สสอ.เชียงใน ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข
.....ระยะเวลา ๕ ปี.....
๑๐. คัดเลือกเพื่อบรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่ง.....เจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับปฏิบัติงาน.....
.....
๑๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....โควิท ไชโย.....

(.....นายโควิท ไชโย.....)

(ผู้รายงานตัว)

วันที่..๒๙..เดือน.....มิถุนายน..พ.ศ.๒๕๖๓..

กรณีนี้จะมอบให้บุคคลใดก็ได้
ได้อาทิ เช่น บิดา มารดา
สามี ภรรยา บุตร ญาติฯ
ที่ยังมีชีวิตอยู่

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือกรณีข้าราชการถึงแก่ความตาย

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วันที่ ..๒๙.. เดือน มิถุนายน พ.ศ. ..๒๕๖๓..

ข้าพเจ้า.....นายโควิท ไชโย.....เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ
ตำแหน่ง.....เจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับปฏิบัติงาน.....สังกัดกอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
กรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับ เงินเดือน เดือนละบาท ขอแสดงเจตนาระบุตัว
ผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษ โดยหนังสือฉบับนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างรับราชการ และทางราชการจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้ตาม
ระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินเดือนของส่วนราชการ ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยเหลือพิเศษแก่.....นายชนะ ไชโย.....ซึ่งมีภูมิลำเนา
อยู่บ้านเลขที่..๑๑/๑.....ถนน...แจ้งสนิท..ตำบล/แขวง.....ธาตุน้อย.....อำเภอ/เขต.....เขื่องใน.....จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
รหัสไปรษณีย์.....๓๔๑๕๐.....

(ลงชื่อ).....โควิท ไชโย.....ผู้แสดงเจตนา
(.....นายโควิท ไชโย.....)

(ลงชื่อ).....พรพรรณ พิงเพลง.....พยาน
(...น.ส.พรพรรณ พิงเพลง.....)

(ลงชื่อ).....มงคล บ้านม่วง.....พยาน
(.....นายมงคล บ้านม่วง.....)

บันทึกการเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนาใหม่ ตามหนังสือแสดงเจตนาลง
วันที่.....ซึ่งให้.....เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่
ความตายระหว่างรับราชการ

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา/ผู้รับมอบฉันทะ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้บันทึกไว้ในสมุด / แฟ้มประวัติแล้ว

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
(.....)

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

หนังสือแสดงเจตนาละบัตผู้รับบำเหน็จตกทอด

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า นายโควิท ไชโย เป็น [/] ข้าราชการ [] ผู้รับบำนาญ ระดับ ปฏิบัติงาน

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับ [] เงินเดือน เดือนละ บาท [] บำนาญรวมกับ ช.ค.บ.เดือนละ บาท

ที่อยู่ติดต่อได้ที่ ๑๑/๑ หมู่ที่ ๑ ซอย ถนน แจ่งสนิท ตำบล ธาตุน้อย อำเภอ เขื่องใน

จังหวัด อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ ๓๔๑๕๐ โทรศัพท์บ้าน - โทรศัพท์มือถือ ๐๘๐-๑๒๓๔๕๖๐

ในกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย หากข้าพเจ้าไม่มีทายาทผู้มีสิทธิจะได้รับบำเหน็จตกทอด (บุตร สามี หรือภริยา และบิดามารดาที่ชอบด้วยกฎหมาย) ตามมาตรา ๔๘ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๔๙ แห่งพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. ๒๔๙๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และมาตรา ๕๘ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๖๐ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๙ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาละบัตผู้รับบำเหน็จตกทอดโดยหนังสือฉบับนี้แสดงว่า ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินบำเหน็จตกทอดแก่บุคคล รวม ๒ คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

๑. นายคะนิงกิจ เลิศศิริกุล ที่อยู่ติดต่อได้ที่ ๒/๑ หมู่ที่ ๑ ซอย ถนน

ถนน แจ่งสนิท ตำบล ธาตุน้อย อำเภอ เขื่องใน จังหวัด อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ ๓๔๑๕๐

โทรศัพท์บ้าน - โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๔๕๔๘๔๑๐ ให้ได้รับ ส่วน

๒. นางสาวมัทิตา มาแล้ว ที่อยู่ติดต่อได้ที่ ๓/๑ หมู่ที่ ๑ ซอย ถนน

ถนน ชยางกูร ตำบล ในเมือง อำเภอ เมืองอุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ ๓๔๐๐๐

โทรศัพท์บ้าน - โทรศัพท์มือถือ ๘๒๑-๕๖๗๕๘๑ ให้ได้รับ ส่วน

๓. ต้องมิใช่ทายาทตามกฎหมาย อาทิเช่น พี่น้อง ลูก ป้า หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน ให้ได้รับ ส่วน

๔. ที่อยู่ติดต่อได้ที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ ให้ได้รับ ส่วน

๕. ที่อยู่ติดต่อได้ที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ ให้ได้รับ ส่วน

๖. ที่อยู่ติดต่อได้ที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ ให้ได้รับ ส่วน

๗. ที่อยู่ติดต่อได้ที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ ให้ได้รับ ส่วน

๘. ที่อยู่ติดต่อได้ที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ ให้ได้รับ ส่วน

๙. ที่อยู่ติดต่อได้ที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ ให้ได้รับ ส่วน

๑๐. ที่อยู่ติดต่อได้ที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ ให้ได้รับ ส่วน

๑๑. ที่อยู่ติดต่อได้ที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ ให้ได้รับ ส่วน

๑๒.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน.....
 ๑๓.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน.....
 ๑๔.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน.....
 ๑๕.....ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ให้ได้รับ.....ส่วน.....

หนังสือแสดงเจตนานี้ได้ทำขึ้น ๒ ฉบับ มีความถูกต้องตรงกัน เก็บไว้ที่ผู้แสดงเจตนา ๑ ฉบับ อีกฉบับหนึ่งส่งไปเก็บไว้ที่สมุด/แฟ้ม
 ประวัติ สำหรับผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ เก็บไว้ที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดผู้เบิกเบี้ยหวัดบำนาญ

(ลงชื่อ).....**โควิด ไชโย**.....ผู้แสดงเจตนา
 (...นาย**โควิด ไชโย**...)

(ลงชื่อ).....**พรพรรณ พิงเพลง**.....พยาน
 (...**น.ส.พรพรรณ พิงเพลง**.....)

(ลงชื่อ).....**มงคล บ้านม่วง**.....พยาน
 (...**นายมงคล บ้านม่วง**.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดฉบับนี้ ได้ยื่นเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

[] โดย.....ข้าราชการ/ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ

[] โดย.....ผู้รับมอบฉันทะ ตามหนังสือมอบฉันทะ ฉบับลงวันที่.....

ได้นำหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้เป็นหลักฐานแล้ว

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ ๑. การขูดลบ ขีดฆ่า หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้

๒. ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง []

วันที่๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๓....

เรื่อง รับรองการเป็นทายาท

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า....นายโควิด ไชโย.....ตำแหน่ง.....เจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับปฏิบัติงาน.....

กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จังหวัด
อุบลราชธานี ตั้งบ้านเรือนอยู่บ้านเลขที่.....๑๑/๑.....หมู่ที่.....๑.....ซอย.....-.....ถนน.....แจ้งสนิท.....
ตำบล.....ธาตุน้อย.....อำเภอ.....เขื่องใน.....จังหวัด.....อุบลราชธานี.....ขอรับรองว่า

๑. ข้าพเจ้ามีบิดาชื่อ.....นายชนะ ไชโย.....มารดาชื่อ.....นางสาวยอดดอย ลัลลา.....

ยังมีชีวิตอยู่ และตั้งบ้านเรือนอยู่บ้านเลขที่.....๑๑/๑.....หมู่ที่.....๑.....ซอย.....-.....
ถนน.....แจ้งสนิท.....ตำบล.....ธาตุน้อย.....อำเภอ.....เขื่องใน.....จังหวัด.....อุบลราชธานี.....

(ถ้าบิดาหรือมารดาทั้งสองคนได้ถึงแก่กรรมแล้ว แต่เมื่อ วัน เดือน พ.ศ.ใด ให้แจ้งให้ทราบในบรรทัดว่างต่อไปนี้)

๒. ข้าพเจ้ามีสามีหรือภริยาที่ถูกต้องตามกฎหมายชื่อ.....-.....

(ถ้าได้เลิกร้างกันหรือถึงแก่กรรมเมื่อวัน เดือน พ.ศ.ใด ให้แจ้งให้ทราบ).....

๓.ข้าพเจ้ามีบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายและยังมีชีวิตอยู่ในเวลานี้ (รวมทั้งบุตรบุญธรรมที่จดทะเบียนโดยถูกต้องตาม
กฎหมายแล้ว) ชื่อ

๑)เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๒)เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓)เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๔)เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๔. ถ้าไม่มีสามี หรือภริยา และบุตร บิดา มารดา ได้ถึงแก่กรรมไปหมดแล้วแต่เมื่อใด ขอให้แจ้งให้ทราบว่าอยู่ในความ
อุปการะของผู้ใดหรือไม่ หรือมีผู้อยู่ในความอุปการะตามที่กฎหมายบัญญัติไว้หรือไม่ ถ้าไม่มีก็แจ้งว่าไม่มี ถ้ามีก็แจ้งว่ามี โดยชื่อใด
เกิดเมื่อ วัน เดือน พ.ศ.ใด และอยู่ตำบล อำเภอ จังหวัดใด เกี่ยวข้องเป็นอะไรกับผู้ยื่น

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....โควิด ไชโย.....

(.....นายโควิด ไชโย.....)

ตำแหน่ง..เจ้าพนักงานสาธารณสุข ปฏิบัติงาน..

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วันที่๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๓.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี แจ้งว่า ข้าพเจ้าได้จัดทำทะเบียนประวัติ
ข้าราชการพลเรือนสามัญ โดยระบุวัน เดือน ปี เกิดไว้ว่า เกิดวันที่.....๑ มกราคม ๒๕๓๕.....นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้ว และขอยืนยันว่า (ให้กาเครื่องหมาย ✓ ใน () ที่ต้องการ)

(/) วัน เดือน ปีเกิด ในทะเบียนประวัติดังกล่าวถูกต้องแล้ว

() วัน เดือน ปีเกิด ในทะเบียนประวัติดังกล่าวไม่ถูกต้อง และจะติดต่อขอแก้ไขที่สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

.....โควิท ไชโย.....

(.....นายโควิท ไชโย.....)

หมายเหตุ หากข้าราชการผู้ใดเห็นว่า วัน เดือน ปีเกิด ไม่ถูกต้องตามที่ระบุไว้ใน ก.พ.๗ จะต้องยื่นเรื่องราวขอแก้ไข
วัน เดือน ปีเกิด ภายใน ๕ ปี นับแต่วันบรรจุเข้ารับราชการ เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วไม่ยื่นเรื่องราวขอแก้ไข
เป็นอันหมดสิทธิตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๑๐ แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการแก้ไข วัน เดือน
ปีเกิด ในทะเบียนประวัติข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๒๗

(ชั้นความลับ)

ประวัติบุคคล

ติดภาพถ่ายครึ่งตัว
หน้าตรง ไม่สวมหมวก
ขนาด ๔.๕ x ๖ ซม.

ถ่ายเมื่อ.....

๑. ยศ.....ชื่อตัว.....ชื่อสกุล.....เพศ.....

๒. ชื่อตัวเดิม นายโค้วจิ๊ด ไชยโย หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ.....

ชื่อสกุลเดิม.....หลักฐานการเปลี่ยนชื่อสกุล.....

ชื่อเล่น หรือชื่ออื่น ๆ (ถ้ามี) ไวรัส

๓. เลขประจำตัวประชาชน 12345678910

๔. วัน เดือน ปี เกิด 01 01 2525 สถานที่จดทะเบียนเกิด ที่ว่าการอำเภอ.....

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

สัญชาติเดิม.....หลักฐานการแปลงสัญชาติ.....

๕. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 123 หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง ในเมือง อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด นครราชสีมา โทรศัพท์ 02-12345678910

๖. ถ้าเป็นต่างด้าว ใบสำคัญถิ่นที่อยู่เลขที่.....ลงวันที่.....

ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่.....ลงวันที่.....

ออกให้ ณ.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ประเทศมาตุภูมิ.....วัน เดือน ปี ที่เข้าประเทศไทย.....

๗. ที่อยู่ในระยะ ๑๕ ปีที่ผ่านมา (ให้กรอกตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		บ้านเลขที่	ตรอก/ซอย	ถนน	ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต	จังหวัด	ประเทศ
จาก	ถึง							
2548	2563	123	-	-	ในเมือง	เมือง	อุดร	ไทย

๘. ส่วนสูง 170 ซม. น้ำหนัก 75 กก. ดำเนิน บ้านเลขที่ 123 ถนน

(ชั้นความลับ)

(ชั้นความลับ)

- ๒ -

๕. การศึกษา (ให้กรอกตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		ชื่อและที่ตั้งสถานศึกษา	หลักสูตรหรือชั้นใดถึงชั้นใด	ผลการศึกษา
จาก	ถึง			
ว.ด.ป.	ว.ด.ป.	รร. นาน กาญจนา	ป. 1 - ป. 6	4.00
ว.ด.ป.	ว.ด.ป.	รร. มัชฌิม หนองแก้ว	ม. 1 - ม. 6	4.00
ว.ด.ป.	ว.ด.ป.	วิทยาลัย สอนเรตน์	ป. ตรี	4.00

๑๐. กิจกรรมพิเศษในสถานศึกษา (เช่น เป็นกรรมการนักศึกษา ประธานกีฬา หรือหน้าที่อื่น ๆ ในสถานศึกษา)

ระยะเวลา		สถานศึกษา	ตำแหน่งหน้าที่
จาก	ถึง		

๑๑. รู้ภาษาไทยถิ่นต่าง ๆ และภาษาต่างประเทศ (บอกระดับความสามารถว่า ดีมาก ดี พอใช้)

ภาษา	อ่าน	ฟัง	เขียน	พูด
ภาษาอังกฤษ	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
ภาษาฝรั่งเศส	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก

(ชั้นความลับ)

(ชั้นความลับ)

- ๓ -

๑๒. ประวัติการทำงานหรือการรับราชการ (ให้กรอกตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		นายจ้างหรือส่วนราชการที่ สังกัดและที่ตั้ง	ตำแหน่งหน้าที่	เหตุผลที่ออกหรือย้าย
จาก	ถึง			
ว.อ.ป.	ว.อ.ป.	รพ. ศกอ.	ลูกจ้างชั่วคราว	บรรจุเป็นข้าราชการ

๑๓. อาชีพพิเศษอื่น ๆ และงานอดิเรก

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

๑๔. การรับราชการทหาร

ปัจจุบันเป็นทหารประจำการ หรือทหารกองหนุน.....
ยศ..... เครื่องหมายทะเบียนทหาร.....
เหล่าและสังกัด..... ที่ตั้งของหน่วย.....
เข้าประจำการเมื่อ..... ถึง..... จำนวนปีที่รับราชการมาแล้ว.....
เหตุที่ออก.....
ผู้บังคับบัญชาโดยตรงคนสุดท้าย.....
เคยไปปฏิบัติราชการพิเศษที่..... เมื่อ..... ระยะเวลา.....
.....
.....
.....

(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๔ -

๑๕. การเป็นนักเขียน ถ้าเคย ให้แจ้งโดยละเอียดถึงชื่อเรื่องหรือบทความ นามปากกา พร้อมทั้งชื่อหนังสือ

บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา และวัน เดือน ปี ที่พิมพ์.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๑๖. การเป็นสมาชิกในพรรคการเมือง สมาคม สโมสร หรือองค์การ (ในทางอาชีพ สังคม การเมือง ฯลฯ)
ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

ระยะเวลา		ชื่อ	ที่ตั้ง	หมายเลขสมาชิก
จาก	ถึง			
		๖๒๖๔๖.		

.....
(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๕ -

๑๗. การเดินทางไปต่างประเทศ (ให้กรอกตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		เมืองและประเทศ	ความมุ่งหมายที่ไป และทุนที่ได้รับ
จาก	ถึง		
15 ต.ค. 2562	31 ต.ค. 2562	อินเดีย	ท่องเที่ยวและราชการ

๑๘. หนังสือสำคัญแสดงตน (เช่น บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ ใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะ หนังสือเดินทางและใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว)

ชนิดหนังสือสำคัญ	หมายเลข	ออกให้ที่	วันออกและวันสิ้นอายุ

๑๙. การถูกจับ หรือถูกฟ้องศาลในกรณีความผิดใด ๆ ทั้งทางคดีแพ่ง และคดีอาญา (นอกจากความผิดเกี่ยวกับการปฏิบัติผิดกฎหมายจราจรเล็ก ๆ น้อย ๆ)

วัน เดือน ปี	สถานที่เกิดเหตุ	ข้อหา	ผลที่สุดแห่งคดี

.....
(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๖ -

๒๐. บิดามารดา

รายละเอียด	บิดา	มารดา
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล	นาย ไชยโย ไชยโย	นางนาง ไชยโย
วัน เดือน ปี เกิด	1 มกราคม 2499	1 กรกฎาคม 2499
สถานที่จดทะเบียนเกิด	ที่ว่าการอำเภอ	ที่ว่าการอำเภอ
เชื้อชาติ และศาสนา	ไทย / นูต	ไทย / นูต
สัญชาติเดิมและปัจจุบัน	ไทย	ไทย
ที่อยู่ปัจจุบันและหมายเลขโทรศัพท์	123 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลฯ	123 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลฯ
อาชีพหรือตำแหน่งหน้าที่	หมั่น	ค้าขาย
ที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์	08-13549246	08-24681354

๒๑. การสมรสทั้งที่จดทะเบียนและไม่ได้จดทะเบียน (ทำเครื่องหมาย X ที่ช่องใดช่องหนึ่งตามจริง)

☒ โสด ☐ หมั้น ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า

รายละเอียด	คู่หมั้นหรือคู่สมรสครั้งก่อน	คู่หมั้นหรือคู่สมรสในปัจจุบัน
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล		
วัน เดือน ปี เกิด		
สถานที่จดทะเบียนเกิด		
เชื้อชาติ และศาสนา		
สัญชาติเดิมและปัจจุบัน		
อาชีพ และตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน		
ที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์		
วัน เดือน ปี ที่ทำการสมรสหรือหมั้น		
สถานที่จดทะเบียนสมรส		
ที่อยู่ปัจจุบันและหมายเลขโทรศัพท์		
เหตุที่แยกกันอยู่หรือหย่า		
ที่อยู่ครั้งสุดท้ายก่อนถึงแก่กรรม แยกกันอยู่ หรือหย่า		

หมายเหตุ ถ้าทำการหมั้น สมรสหรือหย่าเกินกว่านี้ ให้เขียนชื่อคู่หมั้น ภรรยาหรือสามี ในแผ่นกระดาษต่างหาก
บอกรายละเอียดตามรายการข้างต้นนี้ทุกครั้ง

.....
(ชั้นความลับ)

(ชั้นความลับ)

- ๓ -

๒๒. บุตร

รายละเอียด	๑	๒	๓	๔
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล	๑๕.๓๖๓ ไร่โยโย			
วัน เดือน ปี เกิด	25 มี. 25๓๐			
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา	ไทย			
ที่อยู่ปัจจุบัน	123 ต.โพธิ์ชัย อ.เมือง อ.๑๒๓			
อาชีพและตำแหน่งหน้าที่				
สถานศึกษาหรือที่ทำงาน				
หมายเลขโทรศัพท์				

๒๓. พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดา รวมทั้งสามีหรือภรรยา

รายละเอียด	๑	๒	๓	๔
พี่น้อง				
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล ปัจจุบัน	พล.๓๖๓ ไร่โยโย			
วัน เดือน ปี เกิด	25 ธ. 2530			
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา	ไทย			
ที่อยู่ปัจจุบัน	123 ต.โพธิ์ชัย อ.เมือง อ.๑๒๓			
อาชีพและตำแหน่งหน้าที่				
สถานศึกษาหรือที่ทำงาน				
หมายเลขโทรศัพท์				
สามีหรือภรรยาของพี่น้อง				
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุลเดิม				
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา				
อาชีพ และตำแหน่งหน้าที่				
สถานศึกษาหรือที่ทำงาน				
หมายเลขโทรศัพท์				

(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๘ -

๒๔. ญาติที่รับราชการหรือทำงานอยู่ในองค์การรัฐบาล

รายละเอียด	๑	๒	๓	๔
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล	-	-	-	-
เกี่ยวข้องกับ				
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา				
อาชีพและตำแหน่งหน้าที่				
ที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์				
ที่อยู่ปัจจุบันและหมายเลขโทรศัพท์				

๒๕. ญาติ เพื่อน หรือผู้ที่คุ้นเคยในต่างประเทศ

รายละเอียด	๑	๒	๓	๔
ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล	-	-	-	-
เกี่ยวข้องกับ				
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา				
อาชีพและตำแหน่งหน้าที่				
สถานศึกษาหรือที่ทำงาน				
ที่อยู่ปัจจุบัน				
เหตุผลการไปอยู่ต่างประเทศ				

๒๖. ผู้ร่วมอาศัยในที่อยู่ปัจจุบัน

ลำดับ	ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล	เกี่ยวข้องกับ
๑	-	-
๒		
๓		
๔		
๕		
๖		
๗		
๘		
๙		
๑๐		

.....
(ชั้นความลับ)

.....
(ชั้นความลับ)

- ๕ -

๒๗. ผู้ใกล้ชิดสนิทสนมและบุคคลที่ติดต่อกับเสมอ (เว้นเครือญาติ นายจ้างเดิม หรือบุคคลที่พำนักนอกประเทศ)

ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล	จำนวนปี ที่รู้จัก	เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา	ที่อยู่ปัจจุบันและ หมายเลขโทรศัพท์	ที่ทำงานและ หมายเลขโทรศัพท์
พล.อบล ๗๖๑	10	ไทย / พุทธ	081-2345678	๐๔๕-2๔2๖93

๒๘. ผู้อุปการะช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งในอดีตและปัจจุบัน (เว้นบิดามารดา)

ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล	เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา	ที่อยู่ปัจจุบันและ หมายเลขโทรศัพท์	ที่ทำงานและ หมายเลขโทรศัพท์
-	-	-	-

๒๙. ประวัติและคำชี้แจงอื่น ๆ ในทางส่วนตัวที่ไม่ได้แจ้งไว้ในรายงานข้างต้น

.....
..... (ถ้ามีข่าวสารเพิ่มเติมมากกว่านี้ ให้ใช้กระดาษบันทึกแนบท้าย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลายมือชื่อ.....เจ้าของประวัติ

ควบคุมการบันทึกประวัติโดย

ยศ, ชื่อ และตำแหน่ง (ตัวบรรจง)
ลายมือชื่อ.....
วัน เดือน ปี.....

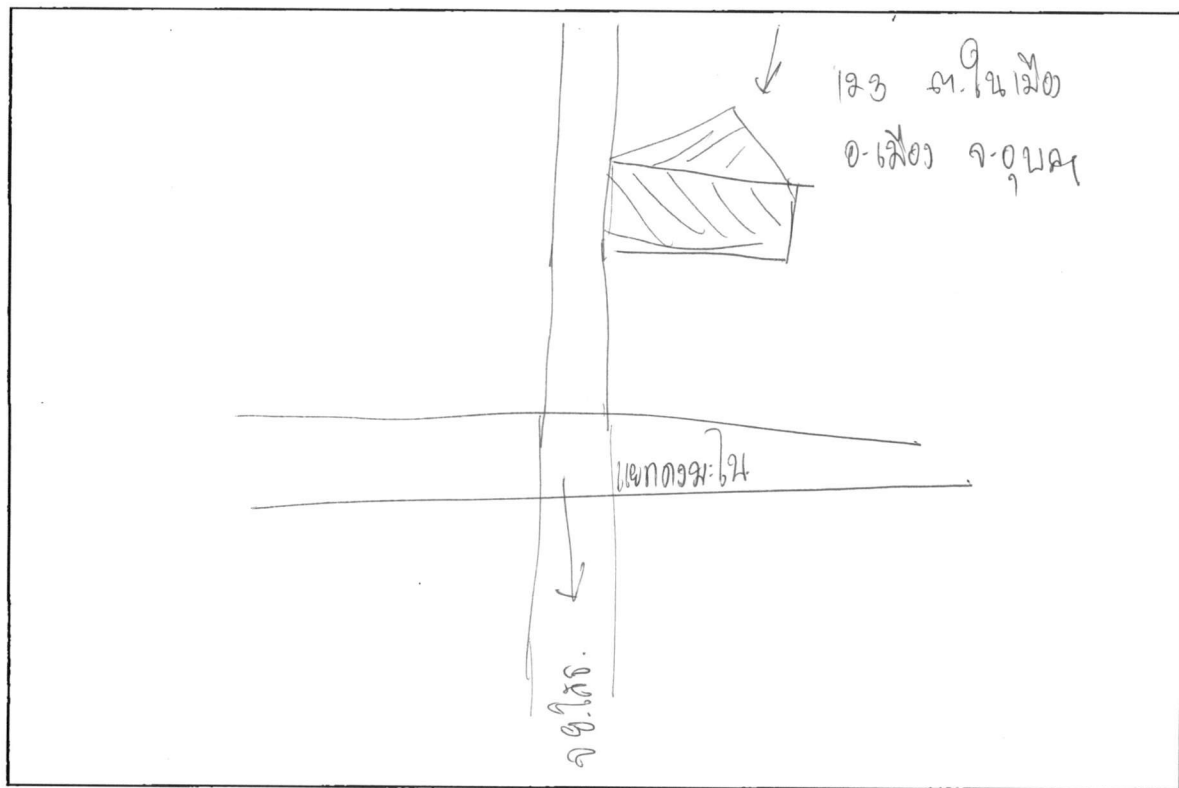
.....
(ชั้นความลับ)

(ชั้นความลับ)

- ๑๐ -

แผนที่สังเขปที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ 123 ตรอก/ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์
ชื่อเจ้าบ้าน หมายเลขโทรศัพท์
บุคคลที่จะขอให้ตามตัวได้ในกรณีเร่งด่วน ยศ ชื่อตัว ชื่อสกุล
เกี่ยวข้องเป็น บ้านเลขที่ 123 ตรอก/ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
หมายเลขโทรศัพท์
หมายเลขโทรศัพท์ 08-14233344



ลายมือชื่อ เจ้าของประวัติ
จัดทำเมื่อ 29/6/63

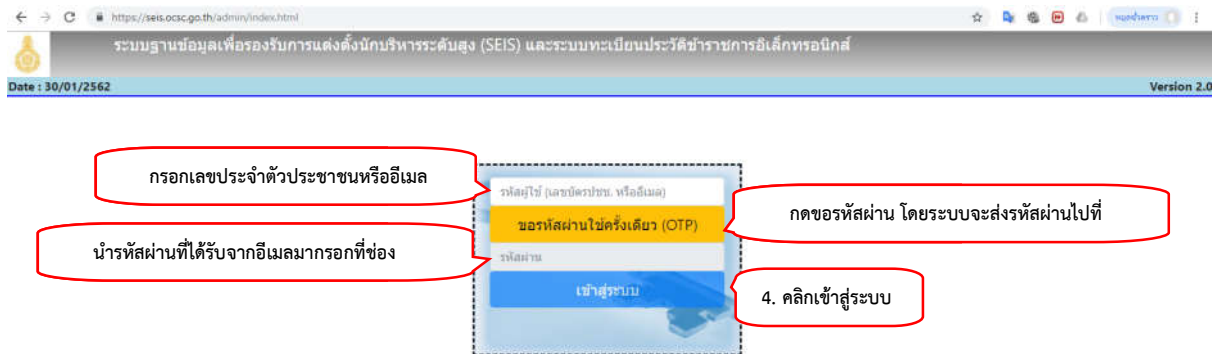
(ชั้นความลับ)



การเตรียมข้อมูลประวัติส่วนตัว
เพื่อจัดทำประวัติข้าราชการ

เจ้าของประวัติตรวจสอบและบันทึกข้อมูลประวัติส่วนตัวเพื่อทำทะเบียนประวัติข้าราชการ ที่
https://seis.ocsc.go.th โดยมีวิธีการดังนี้

ตัวอย่างหน้าจอเข้าระบบ



กรณีไม่พบอีเมล จะปรากฏหน้าจอ ดังภาพ ให้กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน ระบบจึงจะให้บันทึกอีเมลของตนเอง

ค้นหา EMAIL ไม่พบ !!!
กรุณกรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนเพื่อบันทึกประวัติ EMAIL
กลับสู่หน้าแรก



กรณีไม่พบผู้ใช้ในระบบ หรือ อีเมลไม่ถูกต้อง ให้แจ้งการเจ้าหน้าที่ของส่วนราชการ

กรณีเข้าระบบได้แล้ว และต้องการเปลี่ยนอีเมลใช้เมนูข้อมูลส่วนตัวดังภาพ

๒. รับรองข้อมูล รับรองข้อมูลเมื่อเจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติของส่วนราชการได้ตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

ทะเบียนประวัติ
การดำรงตำแหน่ง
เงินเดือน
ประวัติการศึกษา
ประวัติการฝึกอบรม
ความเชี่ยวชาญพิเศษ
การได้รับโทษทางวินัยและการนิรโทษกรรม
เครื่องราชอิสริยาภรณ์
ที่อยู่
ครอบครัว
ภาพถ่าย/ลายเซ็น
เอกสารหลักฐาน
รับรองข้อมูล

1.

๑ ตรวจสอบและยืนยันข้อมูล

ชื่อ-สกุล นางสาว [REDACTED]
เลขประจำตัวประชาชน [REDACTED]

หมายเหตุ [REDACTED]

สถานะข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้ว (เลือกบัตรประจำตัวประชาชนแล้ว)

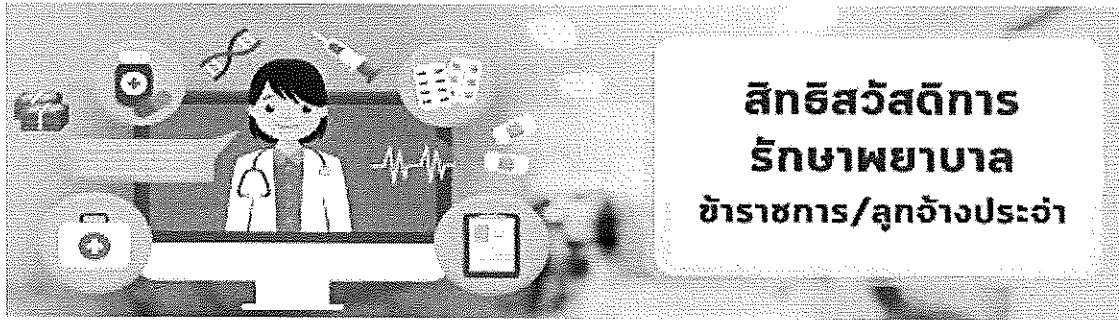
ข้อมูล	รายละเอียด	การตรวจสอบ
บิดา	นาย [REDACTED]	ตรวจสอบแล้วโดย [REDACTED] เมื่อ 21/10/2562
มารดา	นาง [REDACTED]	ตรวจสอบแล้วโดย [REDACTED] เมื่อ 21/10/2562
คู่สมรส		ไม่มีข้อมูล
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ		ไม่มีข้อมูล
วุฒิบรรจุ	ศิลปศาสตรบัณฑิต ภาษาไทย มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ. เมือง จ. ขอนแก่น	ตรวจสอบแล้วโดย [REDACTED] เมื่อ 21/10/2562
วุฒิสูงสุด	รัฐศาสตรมหาบัณฑิต รัฐศาสตรการปกครอง มหาวิทยาลัย [REDACTED]	ตรวจสอบแล้วโดย [REDACTED] เมื่อ 21/10/2562
ประวัติการฝึกอบรม		ไม่มีข้อมูล
การได้รับโทษทางวินัยและการนิรโทษกรรม		ไม่มีข้อมูล

ตรวจสอบโดย นางสาว [REDACTED] วันที่ตรวจสอบ 21/10/2562
รับรองข้อมูลโดย [REDACTED] วันที่รับรองข้อมูล [REDACTED]
รับรองทะเบียนประวัติโดย [REDACTED] วันที่รับรองทะเบียนประวัติ [REDACTED]

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

☒ ยืนยัน

2. ปุ่มนี้จะแสดงเมื่อเจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบแล้ว กรณีข้อมูลไม่ถูกต้อง ให้แจ้งเจ้าหน้าที่



ขั้นตอนการเพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ
ระบบบำเหน็จบำนาญและสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด ผู้รับบำนาญ

๑. เพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลฯ สวัสดิการรักษายาบาล
 - ๑.๑ กรอกรูปแบบฟอร์ม แบบคำขอเพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ (แบบ ๓/๑๒๓)
 - ๑.๒ แนบเอกสารอ้างอิงประกอบการบันทึก (แบบ ๓/๑๒๓/ สสจ.อบ.(ใหม่))
๒. ขอมัติบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ว ๑๔๓/๑๙ มี.ค.๒๕๖๑)
(ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวมีอายุเกิน ๗๐ ปี และบัตรประชาชนไม่ได้ออกด้วยระบบคอมพิวเตอร์, เด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๗ ปี, คู่สมรส หรือบิดามารดาผู้มีสิทธิ มิได้มีสัญชาติไทย, เป็นผู้ป่วยติดเตียง และเป็นผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว)
 - ๒.๑ กรอกรูปแบบฟอร์ม คำขอมัติบัตรสวัสดิการรักษายาบาล (แบบ ๓/๑๔๑๒)
 - ๒.๒ แนบเอกสารอ้างอิงประกอบการบันทึก (แบบ ๓/๑๒๓/ สสจ.อบ.(ใหม่))
 - ๒.๓ รูปขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. ๒ แผ่น



๓. หน่วยงานดำเนินการตามหนังสือ

- สำเนาหนังสือจังหวัดอุบลราชธานี ที่ อบ ๐๐๒๓.๐๐๑/ว ๖๔๖๓ ลว. ๒๓/ ก.ค.๒๕๖๐
 - สำเนาหนังสือ สสจ.อุบลราชธานี ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๐๑/ว ๒๔๔๓ ลว. ๒๓/ ก.ค.๒๕๖๐
- เรื่อง แจ้งเปลี่ยนแปลงเอกสารอ้างอิงประกอบการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ

ขอมีบัตรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (แบบ ๓/๑๔๒)

****สำเนาหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๑๔๓ ลว.๑๙ มี.ค. ๒๕๖๑ เรื่อง แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก (แบบ ๓/๑๔๒) ****



4. นายทะเบียนรับหนังสือแจ้งจากหน่วยงาน/กลุ่มงาน ที่ส่งแบบคำขอฯ และตรวจสอบเอกสาร

-เอกสารไม่สมบูรณ์ นายทะเบียนแจ้งหนังสือถึงหน่วยงาน เพื่อแจ้งเจ้าของสิทธิ ตรวจสอบข้อมูลที่กรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์ , ไม่ชัดเจน และส่งเอกสารอ้างอิงประกอบการบันทึกฯ ไม่ครบ, ไม่ชัดเจน ตามหนังสือแจ้งเวียน ว 6463 และ ว 2843 ลว.27 ก.ค.2560

-เอกสารสมบูรณ์ นายทะเบียนบันทึกข้อมูลข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ ในระบบบำเหน็จ บำนาญและสวัสดิการรักษายาบาล กรมบัญชีกลาง

(ส่งเอกสารให้กรม บัญชีกลาง (บางราย) ที่ต้องมีการตรวจสอบต่อ และจัดเก็บเอกสาร 1 ปี รอการทำลาย)





5. ตรวจสอบสิทธิของผู้ใช้สิทธิการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ดังนี้

- กรมบัญชีกลางจะทำการปรับปรุงข้อมูลที่สมบูรณ์แล้ว ทุก 15 วันของเดือนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และบุคคลในครอบครัว สามารถตรวจสอบว่ามีชื่อในฐานข้อมูลและมีสิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ผ่าน website กรมบัญชีกลาง (www.cgd.go.th) โดยเข้าไปที่หัวข้อ

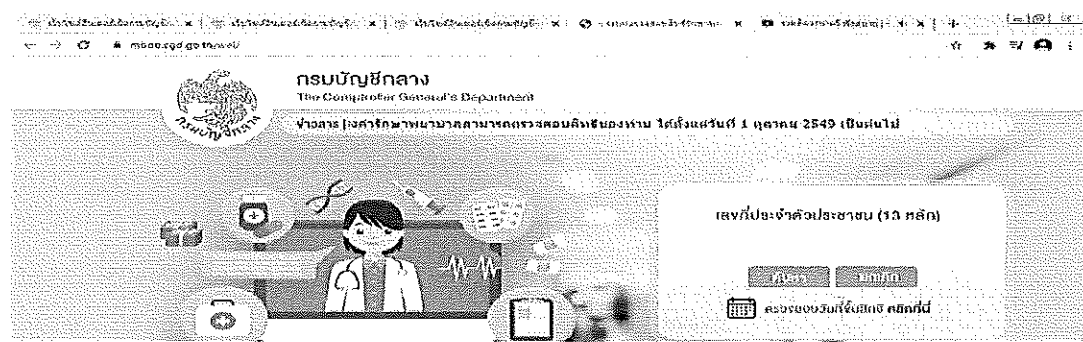


รักษาพยาบาล



ระบบตรวจสอบสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาล

(คีย์เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก เพื่อตรวจสอบสิทธิ)



*** กรณีมีการเปลี่ยนแปลงฐานข้อมูลฯ เช่น เปลี่ยนคำนำหน้า, เปลี่ยนชื่อ, เปลี่ยนนามสกุลให้ดำเนินการตาม

- สำเนาหนังสือจังหวัดอุบลราชธานี ที่ อบ 0027.001/ว 6463 ลว. 27 ก.ค.2560

- สำเนาหนังสือ สสจ.อุบลราชธานี ที่ อบ 0032.001/ว 2843 ลว. 27 ก.ค.2560

เรื่อง แจ้งเปลี่ยนแปลงเอกสารอ้างอิงประกอบการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากร

จัดทำโดย น.ส.กนกวรรณ จีวีวรรณ

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.อุบลราชธานี

045-242225 ต่อ 122

<http://ssj๑๐.phoubon.in.th/sitti>

แบบคำขอเพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ

เขียนที่.....

วันที่.....

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

สังกัดกรม.....จังหวัด.....หน่วยเบิก.....มีวัตถุประสงค์ขอ

☐ เพิ่มข้อมูล☐ ตนเอง☐ บุคคลในครอบครัว☐ บิดา☐ มารดา☐ คู่สมรส☐ บุตรลำดับที่.....☐ ปรับปรุงข้อมูล☐ ตนเอง☐ บุคคลในครอบครัว☐ บิดา☐ มารดา☐ คู่สมรส☐ บุตรลำดับที่.....

เพื่อให้นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนบำเหน็จบำนาญดำเนินการเพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐของกรมบัญชีกลางให้เป็นปัจจุบัน ตามมาตรา ๕ วรรคสอง แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๑ ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารประกอบการบันทึกข้อมูลของนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนบำเหน็จบำนาญแล้ว และขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารที่แจ้งเป็นจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้กรมบัญชีกลางเปิดเผยหรือให้ข้อมูลของข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวเพื่อประโยชน์ในการจัดบริการด้านสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การแพทย์ และการเบิกจ่ายเงินประเภทต่างๆ ที่กรมบัญชีกลางรับผิดชอบ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นแบบ

(.....)

หมายเหตุ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่เลือก

แบบเพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ

ประเภทบุคลากร	☐ ข้าราชการ	☐ ลูกจ้างประจำ	☐ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ
---------------	------------------------------------	---------------------------------------	--

ผู้มีสิทธิ เลขประจำตัวประชาชน :

๑. ข้อมูลสถานะทางราชการ

รหัสส่วนราชการ : ณ จังหวัด.....

ชื่อส่วนราชการทางสังกัดกรม..... กระทรวง.....

หน่วยเบิกนายนทะเบียน :

วันเดือนปีที่บรรจุเข้ารับราชการ :

สมาชิก กบข./กสข. : ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น

..... สะสม

..... ไม่สะสม

๒. ข้อมูลตัวบุคคล

คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ฐานันดร : ชื่อ : นามสกุล :

เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด : อายุ : ปี

ตำแหน่ง : ระดับ/หมวด :

ฝ่าย/กลุ่มงาน : กลุ่ม : สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ :

สัญชาติ : ศาสนา : อาชีพ (เฉพาะบำนาญ) :

สถานภาพการชีวิต : ☐ มีชีวิต จำนวนบุตร คน

☐ เสียชีวิต มรณบัตรเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

☐ สาบสูญ คำสั่งศาลเลขที่..... เมื่อวันที่.....

สถานภาพการสมรส : ☐ โสด

☐ สมรส ใบสำคัญการสมรสเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

☐ หย่า ใบสำคัญการหย่าเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

☐ หม้าย มรณบัตรเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

๓. ข้อมูลที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่ : หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... อาคาร..... ห้อง..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล : เขต/อำเภอ : จังหวัด :

รหัสไปรษณีย์ : โทรศัพท์ : E-mail Address :

ข้อมูลบุคคลในครอบครัว

คู่สมรส เลขประจำตัวประชาชน :

ข้อมูลตัวบุคคล

คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ฐานันดร : ชื่อ : นามสกุล :

เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด : อายุ : ปี

สัญชาติ : ศาสนา : อาชีพ :

สถานภาพการชีวิต : ☐ มีชีวิต จำนวนบุตร คน

☐ เสียชีวิต มรณบัตรเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

☐ สาบสูญ คำสั่งศาลเลขที่..... เมื่อวันที่.....

สถานภาพการสมรส : ☐ สมรส ใบสำคัญการสมรสเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

☐ หย่า ใบสำคัญการหย่าเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

หมายเหตุ

- กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน (ช่องที่ให้เลือกโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐

ข้อมูลบุคคลในครอบครัว (ต่อ)

บิดา เลขประจำตัวประชาชน :

ค่านำหน้าชื่อ/ยศ/ฐานันดร : ชื่อ : นามสกุล :

วันเดือนปีเกิด : อายุ : ปี

สัญชาติ : ศาสนา : อาชีพ :

เป็นบิดาโดย :

☐ บิดาจดทะเบียนสมรสกับมารดา ใบสำคัญการสมรสเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

☐ บิดารับรองบุตรตามแบบ คร.๑๑ หนังสือรับรองบุตรเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

☐ บิดาอยู่กับมารดา ก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๗ หนังสือรับรองเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

☐ โดยคำพิพากษาถึงที่สุดว่าเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย หมายเลขคดีแดงเลขที่.....เมื่อวันที่.....

☐ โดยการยก/รับเป็นบุตรบุญธรรม เอกสารอ้างอิงเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

สถานภาพการชีวิต : ☐ มีชีวิต จำนวนบุตร คน

☐ เสียชีวิต มรณบัตรเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

☐ สาบสูญ คำสั่งศาลเลขที่.....เมื่อวันที่.....

สถานภาพการสมรส : ☐ โสด

☐ สมรส ใบสำคัญการสมรสเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

☐ หย่า ใบสำคัญการหย่าเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

☐ หม้าย มรณบัตรเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

มารดา เลขประจำตัวประชาชน :

ค่านำหน้าชื่อ/ยศ/ฐานันดร : ชื่อ : นามสกุล :

วันเดือนปีเกิด : อายุ : ปี

สัญชาติ : ศาสนา : อาชีพ :

เป็นมารดาโดยสายเลือก :

☐ ทะเบียนบ้าน เอกสารอ้างอิงเลขที่.....เมื่อวันที่.....

☐ สูติบัตร เอกสารอ้างอิงเลขที่.....เมื่อวันที่.....

☐ โดยการยก/รับเป็นมารดาบุญธรรม เอกสารอ้างอิงเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

สถานภาพการชีวิต : ☐ มีชีวิต จำนวนบุตร คน

☐ เสียชีวิต มรณบัตรเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

☐ สาบสูญ คำสั่งศาลเลขที่.....เมื่อวันที่.....

สถานภาพการสมรส : ☐ โสด

☐ สมรส ใบสำคัญการสมรสเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

☐ หย่า ใบสำคัญการหย่าเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

☐ หม้าย มรณบัตรเลขที่.....เมื่อวันที่.....ณ จังหวัด.....

หมายเหตุ

- กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน (ช่องที่ให้เลือกโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐)

ข้อมูลบุคคลในครอบครัว (ต่อ)

บุตรคนที่..... เลขประจำตัวประชาชน :

ข้อมูลตัวบุคคล

ค่านำหน้าชื่อ/ยศ/ฐานันดร : ชื่อ : นามสกุล :

เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด: อายุ: ปี

สัญชาติ : ศาสนา : อาชีพ :

อาศัยในจังหวัด : รหัสไปรษณีย์:

เป็นบุตรโดย :

ผู้มีสิทธิเป็นบิดา

- ☐ บิดาจดทะเบียนสมรสกับมารดา ใบสำคัญการสมรสเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....
- ☐ โดยคำพิพากษาถึงที่สุดว่าเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย หมายเลขคดีแดงเลขที่..... เมื่อวันที่.....
- ☐ บิดารับรองบุตรตามแบบ คร.๑๑ หนังสือรับรองบุตรเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....
- ☐ โดยการยก/รับเป็นบุตรบุญธรรม เอกสารอ้างอิงเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

ผู้มีสิทธิเป็นมารดา

- ☐ ทะเบียนบ้าน เอกสารอ้างอิงเลขที่..... เมื่อวันที่.....
- ☐ สูติบัตร เอกสารอ้างอิงเลขที่..... เมื่อวันที่.....
- ☐ โดยการยก/รับเป็นมารดาบุญธรรม เอกสารอ้างอิงเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

สถานภาพการชีวิต : ☐ มีชีวิต

☐ เสียชีวิต มรณบัตรเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

☐ สาบสูญ คำสั่งศาลเลขที่..... เมื่อวันที่.....

สถานภาพการสมรส : ☐ โสด

☐ สมรส ใบสำคัญการสมรสเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

☐ หย่า ใบสำคัญการหย่าเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

☐ หม้าย มรณบัตรเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

หมายเหตุ - กรณการออกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน (ช่องที่ให้เลือกโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐)

- กรอกรายละเอียดที่ขอด้วยกฎหมายทุกคน โดยเรียงลำดับการเกิด (เรียงตามอายุบุตรจากมากไปน้อย)

เอกสารอ้างอิงประกอบการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ

ผู้มีสิทธิ ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ และสำเนาทะเบียนบ้าน
2. สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว ตามแบบ ข.3 หรือ ข.3/1 และการเปลี่ยนชื่อสกุล ตามแบบ ข.5 หรือ ข.5/1 (ถ้ามี)
3. สำเนาหนังสือการเปลี่ยนชื่อสกุลโดยการสมรส ตามแบบ ข.5 หรือ ข.5/1, (หรือ คร.2 และ คร.3) (ถ้ามี)
4. หนังสือรับรองความประสงค์ใช้คำนำหน้านาม “นางสาว” และประสงค์ใช้ “นามสกุลเดิม”

บุคคลในครอบครัว ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

1. บิดา ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ และสำเนาทะเบียนบ้านบิดา
2. สำเนาหนังสือการเปลี่ยนชื่อสกุลโดยการสมรส ตามแบบ ข.5 หรือ ข.5/1, (หรือ คร.2 และ คร.3) หรือ สำเนาใบสำคัญการหย่า (คร.6 หรือ คร.7 (กรณีที่มีการหย่าร้างกับมารดาของผู้มีสิทธิ)) หรือสำเนาคำสั่งศาล หรือสำเนาคำพิพากษาของศาลถึงที่สุดว่าผู้มีสิทธิเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของบิดา (แบบ คร.11) หรือ สำเนาคำสั่งศาล หรือสำเนาคำพิพากษาของศาลถึงที่สุดว่าผู้มีสิทธิเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของบิดา
3. สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว ตามแบบ ข.3 หรือ ข.3/1 และการเปลี่ยนชื่อสกุล ตามแบบ ข.5 หรือ ข.5/1 ของบิดา (ถ้ามี)
4. สำเนาใบมรณบัตร (ทร.4 หรือ ทร.20)

2. มารดา ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ และสำเนาทะเบียนบ้านมารดา
2. สำเนาสูติบัตรของผู้มีสิทธิ หรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ
3. สำเนาหนังสือการเปลี่ยนชื่อสกุลโดยการสมรส ตามแบบ ข.5 หรือ ข.5/1, (หรือ คร.2 และ คร.3) หรือ สำเนาใบสำคัญการหย่า (คร.6 หรือ คร.7 (กรณีที่มีการหย่าร้างกับบิดาของผู้มีสิทธิ))
4. สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว ตามแบบ ข.3 หรือ ข.3/1 และการเปลี่ยนชื่อสกุล ตามแบบ ข.5 หรือ ข.5/1 ของมารดา (ถ้ามี)
5. สำเนาใบมรณบัตร (ทร.4 หรือ ทร.20)

3. คู่สมรส ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ และสำเนาทะเบียนบ้านคู่สมรส
2. สำเนาหนังสือการเปลี่ยนชื่อสกุลโดยการสมรส ตามแบบ ข.5 หรือ ข.5/1, (หรือ คร.2 และ คร.3) ของผู้มีสิทธิกับคู่สมรส หรือสำเนาใบสำคัญการหย่า (คร.6 หรือ คร.7 (กรณีที่มีการหย่าร้างกับผู้มีสิทธิ))
3. สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว ตามแบบ ข.3 หรือ ข.3/1 และการเปลี่ยนชื่อสกุล ตามแบบ ข.5 หรือ ข.5/1 ของคู่สมรส (ถ้ามี)
4. สำเนาใบมรณบัตร (ทร.4 หรือ ทร.20)

4. บุตร ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

4.1. กรณีผู้มีสิทธิเป็นหญิง

1. สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
2. สำเนาสูติบัตรของบุตร
3. สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว ตามแบบ ข.3 หรือ ข.3/1 และการเปลี่ยนชื่อสกุล ตามแบบ ข.5 หรือ ข.5/1 ของบุตร (ถ้ามี)
4. สำเนาคำสั่งศาล หรือสำเนาคำพิพากษาของศาลถึงที่สุดว่าบุตรของผู้มีสิทธิ เป็นบุคคลไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ในกรณีที่บุตรของผู้มีสิทธิเป็นบุคคลไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ)
5. สำเนารับ/ยกเป็นบุตรบุญธรรม (คร.14)

4.2. กรณีผู้มีสิทธิเป็นชาย

1. สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
2. สำเนาสูติบัตรของบุตร
3. สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว ตามแบบ ข.3 หรือ ข.3/1 และการเปลี่ยนชื่อสกุล ตามแบบ ข.5 หรือ ข.5/1 ของบุตร (ถ้ามี)
4. สำเนาใบสำคัญการสมรส (คร.2 หรือ คร.3) หรือสำเนาใบสำคัญการหย่า (คร.6 หรือ คร.7) (กรณีที่มีการหย่าร้าง) ของผู้มีสิทธิ หรือสำเนารายการจดทะเบียนรับรองบุตรว่าเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ (คร.11) หรือ สำเนาคำสั่งศาล หรือสำเนาคำพิพากษาว่าบุตรเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ หรือ สำเนาใบมรณบัตร (ทร.4 หรือ ทร.20)
5. สำเนารับ/ยกเป็นบุตรบุญธรรม (คร.14)

จัดทำโดย น.ส.กนกวรรณ ฉวีวรรณ
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.อุบลราชธานี
045-242225 ต่อ 122
<http://ssj10.phoubon.in.th/sittl>

แนวปฏิบัติของผู้ใช้สิทธิการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล

๑. ผู้ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ต้องเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ และบุคคลในครอบครัว ที่มีชื่อในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐของกรมบัญชีกลาง

๒. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ และบุคคลในครอบครัวสามารถตรวจสอบว่ามีชื่อในฐานข้อมูลตามข้อ ๑ หรือไม่ ผ่าน Website กรมบัญชีกลาง (www.cgd.go.th) โดยเข้าไปที่หัวข้อสวัสดิการรักษายาบาล และเลือกรายการตรวจสอบสิทธิการรักษาสวัสดิการ

๒.๑ กรณีที่ตรวจสอบแล้วมีชื่อ : ต้องสมัครลงทะเบียน ณ สถานพยาบาล ที่จะเข้ารับการรักษา ก่อนกรณีผู้ป่วยนอกสามารถใช้ระบบจ่ายตรงได้หลังจากลงทะเบียนแล้ว ๑๕ วันและ ในช่วง ๑๕ วันนั้น หากต้องเข้ารับรักษาพยาบาลให้นำใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลไปวางเบิกกับต้นสังกัด

๒.๒ กรณีที่ตรวจสอบแล้วไม่มีชื่อ : ให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ และบุคคลในครอบครัว ติดต่อนายทะเบียนของส่วนราชการที่ตนสังกัดอยู่ เพื่อทำการปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐของกรมบัญชีกลาง หลังจากมีชื่อในฐานข้อมูลแล้วจึงจะสามารถสมัครลงทะเบียนตามข้อ ๒.๑ ได้

๓. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ และบุคคลในครอบครัวที่มีสิทธิเข้าซ้อน (เช่น มีสิทธิประกันสังคม สิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลได้

๔. หนังสือรับรองการมีสิทธิสำหรับโครงการผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง (แบบ ๗๑๐๑/๑) ไม่สามารถนำมายื่นต่อสถานพยาบาลได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป โดยให้ใช้ระบบจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลแทน

๕. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ และบุคคลในครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลยังคงสามารถนำใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลมาวางเบิกกับต้นสังกัด กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก และขอหนังสือต้นสังกัดกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในได้ตามปกติ

๖. กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน หากตรวจสอบแล้วมีชื่อตามข้อ ๒.๑ สามารถแจ้งโรงพยาบาลเพื่อให้ขอเลขอนุมัติแทนหนังสือรับรองการมีสิทธิทาง web page ได้รายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ให้ถือปฏิบัติตามหนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว.๘๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๙

ที่มา : กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
กรมบัญชีกลาง

<http://www.cgd.go.th>

โทร. ๐-๒๒๙๘-๖๐๘๖, ๐-๒๒๗๓-๙๕๖๑

แบบคำขอเพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วันที่ 29 มิถุนายน 2563

ข้าพเจ้า นายโควิท ไชโย ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข

สังกัดกรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยเบิก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์ขอ

☒ เพิ่มข้อมูล ☒ ตนเอง ☒ บุคคลในครอบครัว ☒ บิดา ☒ มารดา ☐ คู่สมรส
☐ บุตรลำดับที่.....

☐ ปรับปรุงข้อมูล ☐ ตนเอง ☐ บุคคลในครอบครัว ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส
☐ บุตรลำดับที่.....

เพื่อให้นายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนบำเหน็จบำนาญดำเนินการเพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐของกรมบัญชีกลางให้เป็นปัจจุบัน ตามมาตรา 5 วรรคสอง แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารประกอบการบันทึกข้อมูลของนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ/นายทะเบียนบำเหน็จบำนาญแล้ว และขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารที่แจ้งเป็นจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้กรมบัญชีกลางเปิดเผยหรือให้ข้อมูลของข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวเพื่อประโยชน์ในการจัดบริการด้านสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การแพทย์ และการเบิกจ่ายเงินประเภทต่างๆ ที่กรมบัญชีกลางรับผิดชอบ

ลงชื่อ โควิท ไชโย ผู้ยื่นแบบ
(นายโควิท ไชโย)

หมายเหตุ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่เลือก

แบบเพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวในฐานะข้อมูลบุคลากรภาครัฐ

ประเภทบุคลากร ☒ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ
ผู้มีสิทธิ เลขประจำตัวประชาชน : 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3
1. ข้อมูลสถานะทางราชการ รหัสส่วนราชการ : 2100200123 ณ จังหวัด อุบลราชธานี ชื่อส่วนราชการสังกัดกรม : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง : สาธารณสุข หน่วยเบิกนายทะเบียน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สมาชิก กบข./กสจ. : ☒ เป็น ☒ สะสม ☐ ไม่สะสม ☐ ไม่เป็น วันเดือนปีที่บรรจุเข้ารับราชการ 2 9 มิ ย 2 5 6 3
2. ข้อมูลตัวบุคคล คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ฐานันดร : นาย ชื่อ โควิท นามสกุล ไชโย เพศ : ☒ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด : 0 1 0 1 2 5 3 5 อายุ 28 ปี ตำแหน่ง : เจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับ/หมวด ปฏิบัติงาน ฝ่าย/กลุ่มงาน บริหารสาธารณสุข หน่วยงาน รพ.สต.บ้านธาตุน้อย ต.ธาตุน้อย สสอ.เขื่องใน สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ : (เฉพาะบำนาญ) - สถานภาพการมีชีวิต : ☒ มีชีวิต จำนวนบุตร คน ☐ เสียชีวิต มรณบัตรเลขที่ เมื่อวันที่ ณ จังหวัด ☐ สาบสูญ คำสั่งศาลเลขที่ เมื่อวันที่ สถานภาพการสมรส ☒ โสด ☐ สมรส ใบสำคัญการสมรสเลขที่ เมื่อวันที่ ณ จังหวัด ☐ หย่า ใบสำคัญการสมรสเลขที่ เมื่อวันที่ ณ จังหวัด ☐ หม้าย มรณบัตรเลขที่ เมื่อวันที่ ณ จังหวัด
3. ข้อมูลที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ : 11/1 หมู่ 1 ถนนแจ้งสนิท ตำบลธาตุน้อย อำเภอ เขื่องใน จังหวัด อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ : 3 4 1 5 0 โทรศัพท์ 080-1234560 E-mail Address covid-19@gmail.com
ข้อมูลบุคคลในครอบครัว
คู่สมรส เลขประจำตัวประชาชน :
ข้อมูลตัวบุคคล คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ฐานันดร : ชื่อ นามสกุล เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด อายุ ปี สัญชาติ ศาสนา อาชีพ : (เฉพาะบำนาญ) สถานภาพการมีชีวิต : ☐ มีชีวิต จำนวนบุตร คน ☐ เสียชีวิต มรณบัตรเลขที่ เมื่อวันที่ ณ จังหวัด ☐ สาบสูญ คำสั่งศาลเลขที่ เมื่อวันที่ สถานภาพการสมรส ☐ สมรส ใบสำคัญการสมรสเลขที่ เมื่อวันที่ ณ จังหวัด ☐ หย่า ใบสำคัญการสมรสเลขที่ เมื่อวันที่ ณ จังหวัด

หมายเหตุ กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน (ช่องที่ให้เลือกโปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐

(ต่อหน้า 2)

ข้อมูลบุคคลในครอบครัว (ต่อ)

บิดา เลขประจำตัวประชาชน : 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7

ข้อมูลตัวบุคคล

คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ฐานันดร : นาย ชื่อ ชนะ นามสกุล ไชยโย

วันเดือนปีเกิด : 1 2 1 1 2 4 9 5 อายุ 68 ปี

สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ : รับราชการบำนาญ (ทหาร)

กร.11 ใช้กรณีบิดาไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับมารดา

เป็นบิดาโดย :

☒ บิดาจดทะเบียนสมรสกับมารดา ใบสำคัญการสมรสเลขที่ 199/7415 เมื่อวันที่ 14 ก.พ.2516 ณ จังหวัดอุบลราชธานี☐ บิดารับรองบุตรตามแบบ คร.11 หนังสือรับรองบุตรเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____☐ บิดาอยู่กับมารดา ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2478 หนังสือรับรองเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____☐ โดยคำพิพากษาถึงที่สุดว่าเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย หมายเลขคดีแดงเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____☐ โดยการยก/รับเป็นบุตรบุญธรรม เอกสารอ้างอิงเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____สถานภาพการมีชีวิต: ☒ มีชีวิต☐ เสียชีวิต มรณบัตรเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____☐ สาบสูญ คำสั่งศาลเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____สถานภาพสมรส : ☐ โสด☒ สมรส ใบสำคัญการสมรสเลขที่ 199/7415 เมื่อวันที่ 14 ก.พ.2516 ณ จังหวัดอุบลราชธานี☐ หย่า ใบสำคัญการสมรสเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____☐ หม้าย มรณบัตรเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____

หนังสือประสงค์ใช้ชื่อ/สกุลเดิม หรือ คร.2 และ คร.3

มารดา เลขประจำตัวประชาชน : 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6

ข้อมูลตัวบุคคล

คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ฐานันดร : นางสาว ชื่อ ยอดดอย นามสกุล ลัดดา

วันเดือนปีเกิด : 1 1 0 2 2 5 0 5 อายุ 58 ปี

สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ : รับจ้าง

ดูจาก เลขรหัสประจำบ้าน นายโกวิท เมื่อวันที่ (คือวันที่ย้ายเข้ามา)

เป็นมารดาโดยสายเลือด :

☒ ทะเบียนบ้าน เอกสารอ้างอิงเลขที่ 3401-064815-5 เมื่อวันที่ 18 ต.ค.2550☒ สูติบัตร เอกสารอ้างอิงเลขที่ 3.33333 33333 3 33 เมื่อวันที่ 7 ม.ค.2535☐ โดยการยก/รับเป็นมารดาบุญธรรม เอกสารเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____สถานภาพการมีชีวิต: ☒ มีชีวิต☐ เสียชีวิต มรณบัตรเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____☐ สาบสูญ คำสั่งศาลเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____สถานภาพสมรส : ☐ โสด☒ สมรส ใบสำคัญการสมรสเลขที่ 199/7415 เมื่อวันที่ 14 ก.พ.2516 ณ จังหวัดอุบลราชธานี☐ หย่า ใบสำคัญการสมรสเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____☐ หม้าย มรณบัตรเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____

ดูจาก เลข 13 หลักของนายโกวิท เมื่อวันที่ (คือวันที่แจ้งเกิด)

หมายเหตุ กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน (ช่องที่ให้เลือกโปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐

(ต่อหน้า 3)

บุตรคนที่..... เลขประจำตัวประชาชน :

คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ฐานันดร : ชื่อ นามสกุล.....
เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด :

ให้กรอก เลขทะเบียนที่...../..... วัน เดือน ปี (ของทะเบียนรับรองบุตร)

อาศัยในจังหวัด.....รหัสไปรษณีย์:

--	--	--	--	--

ใบกรอก เลขทะเบียนที่...../.....เมื่อวันที่..... พ.ศ..... (ของทะเบียนสมรส)

- ☐ บิดาจดทะเบียนสมรสกับมารดา ใบสำคัญการสมรสเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____
☐ คำพิพากษาถึงที่สุดให้เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย หมายเลขคดีแดงเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____
☐ บิดารับรองบุตรตามแบบ คร.11 หนังสือรับรองบุตรเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____
☐ โดยการยก/รับเป็นบุตรบุญธรรม เอกสารอ้างอิงเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____

ฤๅชะเบียนบ้านเจ้าของสิทธิ กรอหมายเลขรหัสประจำบ้านเจ้าของสิทธิ

- ☐ ทะเบียนบ้าน เอกสารอ้างอิงเลขที่.....เมื่อวันที่.....
- ☐ สติบัตร เอกสารอ้างอิงเลขที่.....เมื่อวันที่.....

๑ สุติบัตร เทียบประจำตัวประชาชน และวันที่แจ้งเกิด

- ☐ เสียชีวิต มรณบัตรเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....
☐ สาบสูญ คำสั่งศาลเลขที่..... เมื่อวันที่.....
☐ บุตรไร้ความสามารถ/เสมือนไร้ความสามารถ หมายเลขคดีแดงเลขที่..... เมื่อวันที่.....

☐ สมรส ใบสำคัญการสมรสเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ ณ จังหวัด _____

- ☐ หย่า ใบสำคัญการสมรสเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....
- ☐ หม้าย มรณบัตรเลขที่..... เมื่อวันที่..... ณ จังหวัด.....

เลขที่ (อนุบาลฯ) และวันที่รับแจ้งการตาย (ข้อ 7) ในขณะ



ที่ อบ ๐๐๓๓.๐๑๐/ว ๒๕๕๐.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ถนนพรหมเทพ อบ ๓๔๐๐๐

๑๗/ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ข้อมความเข้าใจการเพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ ระบบบำเหน็จบำนาญและ
สวัสดิการรักษายาบาล ครั้งที่ ๒

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

- อ้างถึง ๑. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๓๗๖ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๓
๒. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๓๗๗ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๓
๓. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๑๔๓ ลงวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑
๔. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๖.๓/ว ๒๖๐ ลงวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๓
๕. หนังสือจังหวัดอุบลราชธานี ที่ อบ ๐๐๒๗.๐๐๑/ว ๖๔๖๓ ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
๖. หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๑๐/ว ๕๗๗๖ ลงวันที่ ๑๐
กรกฎาคม ๒๕๖๓

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับแจ้งจากกรมบัญชีกลาง เรื่องหลักเกณฑ์ และแนวทางการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการรักษายาบาล โดยกำหนดให้ผู้มีสิทธิและบุคคลใน ครอบครัวมีหน้าที่รายงานข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและบุคคลในครอบครัวต่อส่วนราชการต้นสังกัด โดยให้นายทะเบียนมี หน้าที่เพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเพื่อให้ฐานข้อมูลฯ ที่ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน หากข้อมูลของผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวที่นายทะเบียนยืนยันความถูกต้องของข้อมูลแล้ว ภายหลังพบว่าไม่ถูกต้อง และกรมบัญชีกลางได้มีการนำข้อมูลนั้นไปใช้ เพื่อประโยชน์ในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ หรือดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องแล้ว ส่วนราชการต้นสังกัดของผู้มีสิทธิมีหน้าที่ติดตาม นำเงินที่ได้เบิกจ่ายไปส่งคืนคลัง และตามหนังสือที่อ้างถึง ๕ แจ้งเปลี่ยนแปลงเอกสารอ้างอิงประกอบการบันทึก ข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ และหนังสือที่อ้างถึง ๖ แจ้งเรื่องข้อมความเข้าใจในการตรวจสอบและปรับปรุง แก้ไข หรือ เพิ่มเติมข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ นั้น

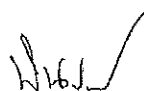
ในการนี้ เพื่อเป็นการข้อมความเข้าใจการเพิ่ม/ปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ ระบบบำเหน็จบำนาญและสวัสดิการรักษายาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในฐานะนายทะเบียนบุคลากร ภาครัฐส่วนภูมิภาค จึงขอให้หน่วยงานของท่านแจ้งเจ้าหน้าที่ที่มีการเพิ่มเติม/ปรับปรุงฐานข้อมูลฯ ดำเนินการตามหนังสือ ที่อ้างถึง ๕- ๖ และให้หน่วยงานทำหนังสือแจ้งเป็นทางการเพื่อเพิ่ม/ปรับปรุงฐานข้อมูลฯ ตามแบบ ๗๑๒๗

/และเอกสาร...

และเอกสารอ้างอิงประกอบการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ (แบบ ๗๑๒๗ สสจ.อบ.(ใหม่)) ส่งให้
นายทะเบียนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อทำการเพิ่มเติม/ปรับปรุงฐานข้อมูลฯ โดยสามารถดู
รายละเอียดได้ ที่ลิงก์ <http://ssj๑๐.phoubon.in.th/sitti>

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และถือเป็นแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

ขอแสดงความนับถือ



(นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร.๐๔๕-๒๔๒๒๒๕ ต่อ ๑๒๒

ผู้ประสานงาน น.ส.กนกวรรณ ฉวีวรรณ (๐๘๐-๓๗๔๖๖๗๑)

โปรดแจ้งให้งานประกันสุขภาพ, งานสิทธิบัตร และเจ้าหน้าที่ในสังกัดทุกท่านทราบด้วย