

คำขอขึ้นทะเบียนผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

(เฉพาะเจ้าหน้าที่) รับผิดชอบเอกสาร

เลขทะเบียนรับ.....

วันเดือนปีที่รับ.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับ.....

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

เรียน อธิบดีกรมอนามัย (ผ่านผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน สัญชาติ.....อายุ..... ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

ชื่อหน่วยบริการปรึกษาทางเลือก.....

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

มีวันและเวลาให้บริการ.....

ขอยื่นคำขอขึ้นทะเบียนผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกต่อกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับบริการปรึกษาทางเลือก ตามมาตรา ๓๐๕ (๕) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๖๕

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรม
- รูปถ่าย ๑.๕ นิ้ว ๑ รูป (ติดรูปในกรอบท้ายแบบฟอร์ม)
- เอกสารอื่นๆ.....

ขอรับรองเอกสารและข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ติดรูปถ่าย
หน้าตรง
(๑.๕ นิ้ว)

(ลงชื่อ)

ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ
(.....) (.....)

ตำแหน่ง ตำแหน่ง

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในประกาศกระทรวง

ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ แก้ไขรายการดังต่อไปนี้

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๑

.....
.....

ขอให้ส่งเอกสารหลักฐานดังกล่าวเพิ่มเติม ภายในวันที่เดือน.....ปี..... กรณีไม่สามารถดำเนินการได้
ตามกำหนดให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ
(.....) (.....)

ตำแหน่ง ตำแหน่ง

วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๒

.....
.....

ขอให้ส่งเอกสารหลักฐานดังกล่าวเพิ่มเติม ภายในวันที่เดือน.....ปี..... กรณีไม่สามารถดำเนินการได้
ตามกำหนดให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ
(.....) (.....)

ตำแหน่ง ตำแหน่ง

วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

ผู้รับรอง

ผู้รับรอง

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง อธิบดีกรมอนามัย

วันที่...../...../.....