

ใบรายงานตัวเข้าเป็นข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

1. ข้าพเจ้าชื่อ (นาย, นาง, นางสาว).....สกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
ศาสนา.....
2. สถานภาพการสมรส [] โสด [] แต่งงาน [] หม้าย [] หย่าร้าง [] แยกกันอยู่
3. ชื่อคู่สมรส.....สกุลเดิม.....อาชีพ.....
4. ชื่อบิดา.....ชื่อมารดา.....สกุลเดิม.....
อาชีพบิดา.....อาชีพมารดา.....
5. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทร.....
6. เคยอุปสมบท ณ วัด.....เมื่อ.....
7. เคยรับราชการทหาร สังกัด.....
เมื่อ.....ปลดเมื่อ.....
8. ความรู้พิเศษ.....
.....
9. ประวัติการทำงานที่อื่นมาก่อน (หน่วยงาน ตำแหน่ง ระยะเวลา).....
.....
.....
10. คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งเป็นข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในตำแหน่ง.....
.....
11. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง รับรองการเป็นทายาท

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน กรม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

จังหวัด น่าน ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่บ้านเลขที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....ขอรับรองว่า

1. ข้าพเจ้ามีบิดาชื่อ.....มารดาชื่อ.....

ยังมีชีวิตอยู่ และตั้งบ้านเรือนอยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

(ถ้าบิดาหรือมารดาได้ถึงแก่กรรมแล้วตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.ใด ให้แจ้งให้ทราบในบรรทัดต่อไป)

.....

2. ข้าพเจ้ามีสามีหรือภรรยาที่ถูกต้องตามกฎหมายชื่อ.....

(ถ้าได้เลิกร้างกันหรือถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.ใด ให้แจ้งให้ทราบ)

3. ข้าพเจ้ามีบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายและยังมีชีวิตอยู่ในเวลานี้(รวมทั้งบุตรบุญธรรมที่จดทะเบียน
โดยถูกต้องตามกฎหมายแล้ว) ชื่อ

1.....เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2.....เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3.....เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4.....เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5.....เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. ถ้าไม่มีสามีหรือภรรยาและบุตรและบิดามารดาได้ถึงแก่กรรมไปหมดแล้วแต่เมื่อใด ขอให้แจ้งให้
ทราบว่าอยู่ในความอุปการะของผู้ใดหรือไม่ หรือมีผู้อยู่ในความอุปการะตามที่กฎหมายบัญญัติไว้หรือไม่ถ้า
ไม่มีก็แจ้งว่าไม่มี ถ้ามีก็แจ้งว่า โดยชื่อใด เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.ใด และอยู่ตำบล อำเภอ จังหวัดใด
เกี่ยวข้องเป็นอะไรกับผู้อื่น

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หนังสือแสดงเจตนารับตัวผู้รับเงินช่วยเหลือกรณีข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขถึงแก่ความตาย

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เป็นข้าราชการในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง.....สังกัด กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
กรม สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัด น่าน ได้รับเงินเดือน เดือนละ.....บาท
ขอแสดงเจตนารับตัวผู้รับเงินช่วยเหลือโดยหนังสือฉบับนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่าง
ปฏิบัติงาน และทางราชการจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้ตามพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือน เงินปี บำเหน็จ
บำนาญ และเงินอื่นในลักษณะเดียวกัน ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยเหลือแก่.....
.....
ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ได้บันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ แล้ว

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

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกการเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนารับตัวผู้รับเงินช่วยเหลือฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนาใหม่
ตามหนังสือแสดงเจตนา ลงวันที่.....ซึ่งให้.....
เป็นผู้มีสิทธิรับเงินพิเศษเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายระหว่างปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ได้บันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ แล้ว

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

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน

ด้วยข้าพเจ้าได้จัดทำทะเบียนประวัติข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยระบุ
วัน เดือน ปีเกิด ไว้ว่าเกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้ว และขอยืนยันว่า (ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ต้องการ)

- (✓) วัน เดือน ปีเกิด ในประวัติข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวถูกต้องแล้ว
() วัน เดือน ปีเกิด ในประวัติข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวไม่ถูกต้อง
และจะขอแก้ไขภายใน 5 ปี นับแต่วันแต่งตั้งให้เป็นข้าราชการในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ หากข้าราชการผู้ใดเห็นว่า วัน เดือน ปีเกิด ไม่ถูกต้องตามที่ระบุไว้ในทะเบียนประวัติ
จะต้องยื่นเรื่องขอแก้ไขวัน เดือน ปีเกิด ภายใน 5 ปี นับแต่วันแต่งตั้งให้เป็นข้าราชการ เมื่อพ้นกำหนดนี้
แล้วไม่ยื่นเรื่องขอแก้ไขเป็นอันหมดสิทธิตามที่กำหนดไว้ในข้อ 10 แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่า
ด้วยการแก้ไข วัน เดือน ปีเกิด ในทะเบียนประวัติข้าราชการ พ.ศ.2527 (โดยอนุโลม)