



แบบยื่นคำร้องขอแก้ไข/เปลี่ยนแปลงข้อมูลประกาศนียบัตร/บัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า คำนำนาม นาย นาง นางสาว (ยศหรือคำนำนามอื่น ๆ ระบุ)

ชื่อ (ไทย) สกุล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

วันเดือนปีเกิด วันที่ เดือน พ.ศ. ปัจจุบันอายุ ปี

เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

โทรศัพท์มือถือ

ชื่อหน่วยงานต้นสังกัด.....ที่ตั้งเลขที่ หมู่ ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ที่อยู่ที่ต้องการให้ สพฉ.ติดต่อ สำหรับจัดส่งเอกสาร

เลขที่ หมู่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ e-mail

สำเร็จการศึกษาหรือผ่านการฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินในหลักสูตรที่เกี่ยวกับการขอรับประกาศนียบัตร

จาก.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยได้รับประกาศนียบัตร (ที่ อสป. อนุมัติ)

เลขที่ วันที่ได้รับ..... วันหมดอายุ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอแก้ไข/เปลี่ยนแปลง ประกาศนียบัตรและบัตร ดังนี้

คำนำนาม จาก แก้เป็น.....

ชื่อ จาก แก้เป็น.....

นามสกุล จาก แก้เป็น.....

เลขประจำตัวประชาชน จาก แก้เป็น.....

รูปถ่าย (โดยให้ใช้รูปถ่ายที่ได้แนบมาพร้อมแบบฟอร์มนี้)

ข้อมูลอื่นๆ (โปรดระบุ) จาก แก้เป็น.....

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการยื่นคำร้องขอแก้ไข/เปลี่ยนแปลงข้อมูลประกาศนียบัตร/บัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน

ประกาศนียบัตร/บัตรปฏิบัติการฉุกเฉินฉบับเดิมที่ขอแก้ไข/เปลี่ยนแปลง

สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล

รูปถ่าย หน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป

หลักฐานการชำระเงินค่าดำเนินการ

* อัตราค่าดำเนินการในการขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลสำคัญที่ปรากฏในประกาศนียบัตร ๒๐๐ บาท

สามารถติดต่อขอเลขที่บัญชีสำหรับชำระค่าดำเนินการได้ที่เบอร์โทรศัพท์ : ๐-๒๘๓๒-๑๖๐๐ , ๐๙๖-๖๔๘-๙๓๘๘

(กรณารับ ชื่อ-สกุล ที่อยู่ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ให้ถูกต้องครบถ้วน แนบมาพร้อมแบบฟอร์มฉบับนี้ เพื่อใช้ในการออกใบเสร็จรับเงิน/กำกับภาษี)

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

(.....)