

ลำดับที่

วันที่

แบบคำร้องขอใช้บริการข้อมูลข่าวสารกรมการแพทย์

ก. สำหรับผู้ขอใช้บริการข้อมูลข่าวสารกรมการแพทย์

ชื่อ : ชื่อสกุล

ที่อยู่ : เลขที่ ตรอก/ซอย หมู่ที่

ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ : ที่บ้าน ที่ทำงาน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอค้นคว้าข้อมูลข่าวสารกรมการแพทย์เกี่ยวกับหัวข้อเรื่องดังต่อไปนี้คือ

1.

2.

3.

โดยมีวัตถุประสงค์การนำไปใช้เพื่อ

ข. สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน

เนื่องจากเอกสารสิ่งพิมพ์หรือข้อมูล
ข่าวสารดังกล่าว ไม่ได้จัดเก็บไว้ที่ศูนย์บริการ
ข้อมูลข่าวสารของกรมการแพทย์
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ
ต่อไป

(ลงชื่อ)

ค. ความเห็นของหน่วยงานเจ้าของเรื่อง

- ☐ อนุญาตตรวจค้น
☐ ไม่อนุญาต เพราะ.....
☐ อนุญาตให้ถ่ายเอกสาร

(ลงชื่อ)