

แบบแจ้งข้อมูลการเข้ารับบริการเบิกจ่ายตรง

สวัสดิการข้าราชการพยาบาลของข้าราชการส่วนท้องถิ่น ลูกจ้างประจำ และครอบครัว

ข้อมูลผู้มีสิทธิ

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว)นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

วัน เดือน ปีเกิด.....ศาสนา.....

วันที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่.....

ข้อมูลผู้ใช้สิทธิร่วม

บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

สัญชาติ.....

มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

สัญชาติ.....

ภรรยา/สามี ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

สัญชาติ.....เลขทะเบียนสมรส.....

บุตร ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

สัญชาติ.....

บุตร ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

สัญชาติ.....

บุตร ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

สัญชาติ.....

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิ

(.....)

<p>ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....</p>	<p>ลงชื่อ.....นายทะเบียนบุคลากร</p>
<p>ลงชื่อ..... (.....)</p>	<p>ลงชื่อ.....ผู้รับรองการมีสิทธิ (.....) ปลัดเทศบาลนครแม่สอด</p>