

# คำขอข้อมูลข่าวสารของราชการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วันที่.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้าพเจ้าชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่/ที่ทำงาน.....ตำบล.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์..... Email address : .....

มีความประสงค์ใช้สิทธิ์ตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 เพื่อขอข้อมูลข่าวสารจาก  
หน่วยงานของท่าน ดังรายการต่อไปนี้

1.....

เพื่อ.....

2.....

เพื่อ.....

โดยต้องการ

ตรวจสอบดู

ขอสำเนา

ขอสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้อง

ขอข้อมูล

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ / ผู้รับข้อมูล

(.....)

## ผลการให้บริการข้อมูล

ให้บริการข้อมูลแล้วเสร็จ  ทันที  ภายใน 15 วัน  ภายในวันที่.....

รอรับการวินิจฉัย  ภายในวันที่.....

ผลการวินิจฉัย  อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เพราะ .....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....