



ประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข  
เรื่อง บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

โดยที่เป็นการสมควรให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุขมีบัตรประจำตัว ตลอดจนวิธีการขอมิบัตรประจำตัว แบบการขอมิบัตรประจำตัว การออกบัตรประจำตัว และลักษณะของบัตรประจำตัวสำหรับพนักงานกระทรวงสาธารณสุขเป็นระบบและมาตรฐานเดียวกัน

อาศัยอำนาจตามความใน ข้อ ๑๒ ของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๖ คณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

“บัตรประจำตัว” หมายความว่า บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๒ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข อาจขอมิบัตรประจำตัวได้ตามประกาศนี้

ข้อ ๓ ผู้ออกบัตรประจำตัว คือ หัวหน้าส่วนราชการ

ข้อ ๔ การขอมิบัตร การออกบัตรประจำตัว และอายุบัตร ให้กระทำได้ดังต่อไปนี้

(๑) พนักงานกระทรวงสาธารณสุขผู้ใดประสงค์ขอมิบัตรประจำตัว ให้ยื่นคำขอตามแบบพิมพ์ท้ายประกาศนี้ พร้อมด้วยรูปถ่าย จำนวน ๒ ใบ ยื่นต่อผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไปตามลำดับชั้น จนถึงผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวตามข้อ ๓

รูปถ่ายให้มีขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน เป็นรูปถ่ายครึ่งตัวหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาสีเข้ม แต่งเครื่องแบบปกติ เครื่องแบบปฏิบัติการ ชุดสากล หรือชุดไทยพระราชทาน

(๒) ให้ผู้ออกบัตรประจำตัว จัดทำบัตรประจำตัวตามแบบท้ายประกาศนี้

การออกบัตรประจำตัว ให้จัดทำสำเนาบัตรประจำตัวหนึ่งฉบับ โดยให้ปิดรูปถ่ายของผู้ขอมิบัตรไว้ด้วย และให้เก็บไว้เป็นหลักฐาน

(๓) บัตรประจำตัวซึ่งออกตามประกาศนี้ ให้มีอายุบัตร นับตั้งแต่วันที่ออกบัตรและวันสิ้นสุดบัตร ไม่เกินระยะเวลาที่กำหนดในสัญญาจ้างที่ต้องมีการจ้างงานไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

(๔) พนักงานกระทรวงสาธารณสุขผู้ถือบัตรประจำตัว อาจขอมิบัตรใหม่ หรือขอเปลี่ยนบัตร ได้ในกรณี ดังต่อไปนี้

(ก) สิ้นสุดสัญญาจ้างและได้รับการต่อสัญญาจ้างใหม่ (ต่อเนื่อง)

(ข) บัตรประจำตัวหาย ถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญ

(ค) ผู้ถือบัตรประจำตัวเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล หรือชื่อตัวและชื่อสกุล พร้อมแนบ

หลักฐานของทางราชการประกอบคำขอ

(ง) เปลี่ยนตำแหน่งหรือย้ายสังกัด ให้ผู้นั้นขอบัตรประจำตัวใหม่ตามตำแหน่งหรือ

สังกัดใหม่นั้น

ข้อ ๕ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขผู้ถือบัตรประจำตัวตามประกาศนี้ ผู้ได้สิ้นสุดการเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขไม่ว่ากรณีใด ให้ถือว่าพนักงานกระทรวงสาธารณสุขผู้นั้นสิ้นสุดการถือบัตรประจำตัวและไม่มีสิทธิที่จะใช้บัตรประจำตัวนั้น นับตั้งแต่วันที่สิ้นสุดการเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๖ ผู้ใดมิได้เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ใช้หรือแสดงบัตรประจำตัวว่าตนเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงห้าปี และปรับตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท

ข้อ ๗ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗



(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประธานคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

คำขอมีบัตรประจำตัว หรือขอมีบัตรประจำตัวใหม่  
ตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข  
เรื่อง บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

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

ข้าพเจ้าชื่อ ..... ชื่อสกุล .....  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... หมูโลหิต .....  
มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
เลขหมายประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ ----  
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ .....

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข กลุ่ม .....  
ตำแหน่ง ..... งาน ..... ฝ่าย/ส่วน .....  
กอง/สำนัก/สถาบัน ..... กรม ..... กระทรวงสาธารณสุข  
มีความประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวยื่นต่อ .....  
กรณี  ๑. ขอมีบัตรครั้งแรก  
 ๒. ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก  บัตรหมดอายุ  บัตรหายหรือถูกทำลาย  
หมายเลขของบัตรเดิม ..... (ถ้าทราบ)  
 ๓. ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก  เปลี่ยนตำแหน่ง  เปลี่ยนชื่อตัว  
 เปลี่ยนชื่อสกุล  เปลี่ยนชื่อตัวและชื่อสกุล  ขำรุค  
 อื่น ๆ .....  
 ๔. ได้แนบรูปถ่ายสองใบมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว และหลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ทำคำขอ  
(.....)

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกแล้วขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  และหรือ  หน้าข้อความที่ใช้  
ให้ลงคำนำหน้านามตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการ เช่น นาย/นาง/นางสาว/ยศ เป็นต้น  
และชื่อผู้ขอมีบัตร ต้องอยู่บรรทัดเดียวกัน

(ตัวอย่าง)

สำเนารายการบัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

(ด้านหน้า)

บัตรประจำตัวพนักงานกระทรวงสาธารณสุข



เลขที่ .....

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันออกบัตร ..... บัตรหมดอายุ .....

(ด้านหลัง)

เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร .....

รูปถ่าย  
๒.๕ X ๓ ซม.

ชื่อ .....

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ .....

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ผู้ออกบัตร

ลายมือชื่อ  
หมู่โลหิต .....