

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

เลขที่.....................................................

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

 เวลา......................................

**แบบคำขอข้อมูลข่าวสาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**

เขียนที่.................................................................

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

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.................................................... อายุ................ปี อาชีพ..........................................สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา......................................................................อยู่บ้านเลขที่......................หมู่ที่......................ตรอก/ซอย....................................ถนน..............................................................ตำบล/แขวง..........................................อำเภอ/เขต..................................................จังหวัด.........................................หมายเลขโทรศัพท์....................................มือถือ…………………………………………….หมายเลขโทรสาร.......................................................................

มีความประสงค์ขอรับบริการข้อมูลข่าวสารตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐ โดย □ ขอตรวจดู □ ขอคัดสำเนา □ ขอคัดสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้อง ในเรื่องต่อไปนี้

1. .............................................................................................................................................................................
2. .............................................................................................................................................................................
3. .............................................................................................................................................................................

เพื่อใช้ประโยชน์ (ถ้ามี) ..................................................................................................................................................

ลงชื่อ..........................................................ผู้ยื่นคำขอ(ตัวบรรจง)

|  |
| --- |
| **คำพิจารณาสั่งการคณะกรรมการ*** มีค่าธรรมเนียม จำนวน...............บาท
* ไม่มีค่าธรรมเนียม

□ อนุญาต □ เป็นบางส่วน □ ไม่อาจดำเนินการได้ เนื่องจาก □ คำขอไม่ชัดเจน □ ไม่มีข้อมูล□ ไม่อนุญาต เนื่องจาก □ ขอจำนวนมากหรือบ่อยครั้ง โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร □ อาจเสียหายต่อสถาบันพระมหากษัตริย์  □ เปิดเผยไม่ได้ตามมาตรา ๑๕ เนื่องจาก.......................................................................................หากท่านไม่เห็นด้วยกับคำสั่งนี้ ท่านมีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ทราบคำสั่งนี้ ...................................................... (..........................................................) ตำแหน่ง.............................................................. |
|  **สรุปผลการดำเนินการ** 1. กำลังดำเนินการตามคำขอ โปรดติดต่อใหม่ภายใน วันที่.......... เดือน.........................พ.ศ. ............
2. ได้ส่งมอบข้อมูลข่าวสารเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่........... เดือน........................... พ.ศ. ...............

  ......................................................  (...............................................................) ตำแหน่ง......................................................... |