



คำขอเปลี่ยนแปลงสถานที่จัดส่งบัตรเลือกตั้งและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร

หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

Email Address (โปรดระบุเพื่อการติดต่อสื่อสาร)

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน ชื่อสถานที่

ฝ่าย/แผนก/งาน

เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

มีความประสงค์ขอให้สภากายภาพบำบัดจัดส่งบัตรเลือกตั้ง และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ให้แก่ข้าพเจ้า ณ

() ที่อยู่ปัจจุบัน

() สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

โปรดแนบคำขอนี้ในซองตอบรับ และ ส่งกลับมาที่

สภากายภาพบำบัด ภายในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒ อาคารรวมหน่วยงานราชการ B “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่

กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐

หรือ โทรสาร ๐๒-๑๔๓-๕๗๕๓ **ภายในวันศุกร์ที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖** หรือส่งเมลล์มาที่ nhoi_dusnee@hotmail.com

แบบ กก. ๑ นี้ ท่านสามารถ download file ที่ <http://pt.or.th/download/elect1.doc>