

แบบคำขอรับบริการข้อมูลข่าวสารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....
มีความประสงค์ขอรับบริการข้อมูลข่าวสารตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
โดย ขอตรวจดู ขอคัดสำเนา ขอเอกสาร
 ขอคัดสำเนาที่มีค่าธรรมเนียม อื่น ๆ
ในเรื่องต่อไปนี้ ๑.....
๒.....
๓.....
เพื่อใช้ประโยชน์ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าจะนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้โดยเคร่งครัด จะไม่นำข้อมูลที่ได้รับไปเผยแพร่หรือแสวงหาประโยชน์ในทางที่มีขอบด้วยกฎหมาย และในกรณีที่เกิดความเสียหายหรือเสียหายแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีจากข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นดังกล่าวในทุกกรณี

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

