ที่ สธ ๑๐๐๓.๒/ว  สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

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

**เรื่อง** ขอเข้าตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล

**เรียน ผู้บังคับการกองทะเบียนประวัติอาชญากร**

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์จะขอให้ กองทะเบียนประวัติอาชญากร สำนักงานตำรวจแห่งชาติดำเนินการเข้าตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือของ................................................บัตรประจำตัวประชาชน.................................................เพื่อนำมาประกอบการขอรับใบอนุญาตตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์พิมพ์ลายนิ้วมือดังกล่าว และกรุณาแจ้งผลการขอเข้าตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ทราบด้วย จักขอบคุณยิ่ง

กองควบคุมวัตถุเสพติด

โทรศัพท์ ๐๒ - ๕๙๐ ๗๗๖๙ , ๐๒ – ๕๙๐ ๗๗๙๔

โทรสาร ๐๒ – ๕๙๐ ๗๗๖๒

# ให้ผู้ขอเข้าตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเดินทางมาด้วยตนเองและทำการจองคิวออนไลน์เพื่อเข้าใช้บริการศูนย์ตรวจสอบประวัติบุคคล พร้อมเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

* หนังสือนำส่งตามตัวอย่างข้างต้นนี้
* บัตรประชาชนตัวจริง
* ติดต่อสอบถาม โทร. **02-205-2201**

หมายเหตุ จองคิวออนไลน์ได้ที่ www.crdqonline.com

ที่ สธ ๑๐๐๓.๒/ว  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..............

อำเภอเมืองจังหวัด..............

...........................................................

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

**เรื่อง** ขอเข้าตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล

**เรียน** **หัวหน้าพิสูจน์หลักฐานจังหวัด................................................**

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.................................................... มีความประสงค์จะขอให้ พิสูจน์หลักฐานจังหวัด......................................ดำเนินการเข้าตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลโดย การพิมพ์ลายนิ้วมือของ...............................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน...................................เพื่อนำมาประกอบการขอรับใบอนุญาตตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์พิมพ์ลายนิ้วมือดังกล่าว และกรุณาแจ้งผลการขอเข้าตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด......................................................... ทราบด้วย จักขอบคุณยิ่ง

สาธารณสุขจังหวัด......................................

โทรศัพท์ .................................................

โทรสาร ...................................................

ที่ สธ ๑๐๐๓.๒/ว  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..............

อำเภอเมืองจังหวัด..............

...........................................................

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

**เรื่อง** ขอตรวจสอบประวัติอาชญากร

**เรียน** **ผู้บังคับการ ศูนย์พิสูจน์หลักฐาน.............(๑ – ๑๐ )...................................**

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.................................................... มีความประสงค์จะขอให้ ศูนย์พิสูจน์หลักฐาน............................................ดำเนินการเข้าตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลโดย การพิมพ์ลายนิ้วมือของ.............................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....................................เพื่อนำมาประกอบการขอรับใบอนุญาตตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์พิมพ์ลายนิ้วมือดังกล่าว และกรุณาแจ้งผลการขอเข้าตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด......................................................... ทราบด้วย จักของคุณยิ่ง

สาธารณสุขจังหวัด......................................

โทรศัพท์ .................................................

โทรสาร ...................................................