



ที่/.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

.....
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรม

เรียน ผู้บังคับการ กองทะเบียนประวัติอาชญากรรม

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....มีความประสงค์จะขอให้กองทะเบียนประวัติอาชญากรรม ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมด้วยการพิมพ์ลายนิ้วมือของ.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....เพื่อนำมาประกอบการขอรับใบอนุญาตตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมของบุคคลดังกล่าว และกรุณาส่งสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ทราบด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจ).....

(.....(ชื่อเต็ม).....)

ตำแหน่ง.....

สาธารณสุขจังหวัด.....

โทร.....

โทรสาร.....

(ทว.5-10)

- บุคคลที่จะตรวจสอบประวัติอาชญากรรมต้องเดินทางมาด้วยตนเองและต้องจองคิวออนไลน์ก่อนเข้าใช้บริการที่ศูนย์ตรวจสอบประวัติบุคคล พร้อมเตรียมเอกสารมาด้วยดังนี้

๑. หนังสือขอสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลฯ ตามตัวอย่างข้างต้นนี้

๒. บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง)

หมายเหตุ จองคิวออนไลน์ได้ที่เว็บไซต์ www.crdqonline.com

หากมีข้อสงสัยสอบถามได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๕ ๒๒๐๑