



ที่/.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรม

เรียน ผู้บังคับการ ศูนย์พิสูจน์หลักฐาน.....(๑-๑๐)

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมของบุคคลดังกล่าว และกรุณาส่งสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ทราบด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจ).....

(.....(ชื่อเต็ม).....)

ตำแหน่ง.....

สาธารณสุขจังหวัด.....

โทร.....

โทรสาร.....