



ที่/.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรม

เรียน หัวหน้าพิสูจน์หลักฐานจังหวัด.....

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....มีความประสงค์จะขอให้
พิสูจน์หลักฐานจังหวัด.....ดำเนินการตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรม
ด้วยการพิมพ์ลายนิ้วมือของ.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
เพื่อนำมาประกอบการขอรับใบอนุญาตตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย
หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติ
อาชญากรรมของบุคคลดังกล่าว และกรุณาส่งสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมให้
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ทราบด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจ).....

(.....(ชื่อเต็ม).....)

ตำแหน่ง.....

สาธารณสุขจังหวัด.....

โทร.....

โทรสาร.....