ที่ ..../.............

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด............
....
....

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

เรื่อง ขอสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรม

เรียน หัวหน้าพิสูจน์หลักฐานจังหวัด..

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด...มีความประสงค์ขอให้พิสูจน์หลักฐานจังหวัด.....................................ดำเนินการตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมด้วยการพิมพ์ลายนิ้วมือของ...อายุ............ปี เลขประจำตัวประชาชน.................................. เพื่อนำมาประกอบการขอรับใบอนุญาตตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจดูข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมของบุคคลดังกล่าว และกรุณาส่งสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.. ทราบด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ....................(ผู้มีอำนาจ)...................
(................(ชื่อเต็ม)..................)
ตำแหน่ง..

.........(หน่วยงานเจ้าของเรื่อง)..........
โทร..
โทรสาร..

(ทว.5-12)