



ที่ สธ ๑๐๐๓.๒/ว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรม

เรียน ผู้บังคับการ กองทะเบียนประวัติอาชญากรรม

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมของบุคคลดังกล่าว และกรุณาส่งสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ทราบด้วย จักขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจ).....

(.....(ชื่อเต็ม).....)

ตำแหน่ง.....

สาธารณสุขจังหวัด.....

โทร.....

โทรสาร.....

- บุคคลที่จะตรวจสอบประวัติอาชญากรรมต้องเดินทางมาด้วยตนเองและต้องจองคิวออนไลน์ก่อนเข้าใช้บริการที่ศูนย์ตรวจสอบประวัติบุคคล พร้อมเตรียมเอกสารมาด้วยดังนี้

๑. หนังสือขอสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลฯ ตามตัวอย่างข้างต้นนี้

๒. บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง

หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยสอบถามได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์

๐ ๒๒๐๕ ๒๑๔๘