ที่ สธ ๑๐๐๓.๒/ว  สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

 กระทรวงสาธารณสุข

 ถนนติวานนท จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

 ..............มกราคม ๒๕๖๔

**เรื่อง** ขอตรวจสอบประวัติอาชญากร

**เรียน** **ผู้บังคับการกองทะเบียนประวัติอาชญากร**

 ด้วยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์จะขอให้ กองทะเบียนประวัติอาชญากร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตรวจสอบประวัติอาชญากรโดย การพิมพ์ลายนิ้วมือของ...........................................................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..............................................................................................เพื่อนำมาประกอบการขอรับใบอนุญาตตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์พิมพ์ลายนิ้วมือดังกล่าว และกรุณาแจ้งผลการตรวจสอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ทราบด้วย จักของคุณยิ่ง

กองควบคุมวัตถุเสพติด

โทรศัพท์ ๐๒ - ๕๙๐ ๗๗๖๙ , ๐๒ – ๕๙๐ ๗๗๙๔

โทรสาร ๐๒ – ๕๙๐ ๗๗๖๒

ที่ สธ ๑๐๐๓.๒/ว  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..............

 อำเภอเมืองจังหวัด..............

 ...........................................................

 ..............มกราคม ๒๕๖๔

**เรื่อง** ขอตรวจสอบประวัติอาชญากร

**เรียน** **หัวหน้าพิสูจน์หลักฐานจังหวัด................................................**

 ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.................................................... มีความประสงค์จะขอให้ พิสูจน์หลักฐานจังหวัด......................................ตรวจสอบประวัติอาชญากรโดย การพิมพ์ลายนิ้วมือของ...........................................................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..............................................................................................เพื่อนำมาประกอบการขอรับใบอนุญาตตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์พิมพ์ลายนิ้วมือดังกล่าว และกรุณาแจ้งผลการตรวจสอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด............................................................. ทราบด้วย จักของคุณยิ่ง

สาธารณสุขจังหวัด......................................

โทรศัพท์ .................................................

โทรสาร ...................................................

ที่ สธ ๑๐๐๓.๒/ว  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..............

 อำเภอเมืองจังหวัด..............

 ...........................................................

 ..............มกราคม ๒๕๖๔

**เรื่อง** ขอตรวจสอบประวัติอาชญากร

**เรียน** **ผู้บังคับการ ศูนย์พิสูจน์หลักฐาน.............(๑ – ๑๐ )...................................**

 ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.................................................... มีความประสงค์จะขอให้ ศูนย์พิสูจน์หลักฐาน............................................ตรวจสอบประวัติอาชญากรโดย การพิมพ์ลายนิ้วมือของ...........................................................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..............................................................................................เพื่อนำมาประกอบการขอรับใบอนุญาตตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์พิมพ์ลายนิ้วมือดังกล่าว และกรุณาแจ้งผลการตรวจสอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด............................................................. ทราบด้วย จักของคุณยิ่ง

สาธารณสุขจังหวัด......................................

โทรศัพท์ .................................................

โทรสาร ...................................................