**เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร**

**ก กกกก กกกกก กก ก**

**ชื่อ กกกกกกกกกกกกกก**

**ตำแหน่ง กกกกกกกกกกกก**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา**

**..................**

**ลายมือชื่อ**

**หมู่โลหิต XX ผู้ออกบัตร**

**เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร**

**ก กกก กกกกก กก ก**

**ชื่อ กกกกกกกกกกกกกก**

**ตำแหน่ง กกกกกกกกกกกก**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา**

**..................**

**ลายมือชื่อ**

**หมู่โลหิต XX ผู้ออกบัตร**

**เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร**

**ก กกก กกกกก กก ก**

**ชื่อ กกกกกกกกกกกกกก**

**ตำแหน่ง กกกกกกกกกกก**

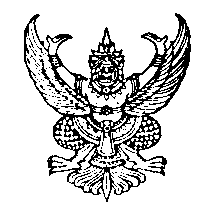
**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา**

**..................**

**ลายมือชื่อ**

**หมู่โลหิต XX ผู้ออกบัตร**

**บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ**



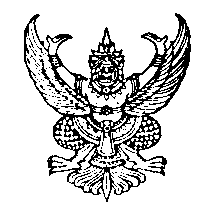
**พนักงานราชการ**

**เลขที่** ..............**/………..**

**จังหวัดพังงา**

**วันออกบัตร**.......................**บัตรหมดอายุ**...........................**.**

**บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ**



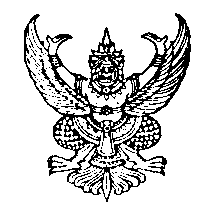
**ข้าราชการพลเรือนสามัญ**

**เลขที่** ..............**/………..**

**จังหวัดพังงา**

**วันออกบัตร**.......................**บัตรหมดอายุ**...........................**.**

**บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ**



**ลูกจ้างประจำ**

**เลขที่** ..............**/………..**

**จังหวัดพังงา**

**วันออกบัตร**.......................**บัตรหมดอายุ**...........................**.**