ลำดับที่.....

คำร้องขอรับบริการข้อมูลข่าวสาร
ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

เขียนที่ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

1. ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว) ..... อายุ ..... ปี อาชีพ ( ) รับราชการ ( ) นักการเมือง ( ) ประกอบธุรกิจ ( ) รับจ้าง ( ) และอื่นๆ.....

2. สถานที่ (ที่อยู่อาศัย / ทำงาน) .....
..... โทรศัพท์ ..... มือถือ .....

3. เรื่องที่ขอรับบริการ.....
..... ตามมาตรา 9 (.....) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 โดยการ ( ) ขอตรวจดู ( ) ขอค้นคว้า ( ) ขอสำเนาเสียค่าใช้จ่าย ( ) ขอสำเนาที่มีผู้รับรอง เสียค่าใช้จ่าย ( ) อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าจะนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้โดยเคร่งครัด จะไม่นำข้อมูลที่ได้รับไปเผยแพร่หรือแสวงหาประโยชน์ในทางที่มิชอบด้วยกฎหมาย และในกรณีที่เกิดความเสื่อมเสียหรือเสียหายแก่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จากข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นดังกล่าวในทุกกรณี

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำร้อง

สำหรับเจ้าหน้าที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

รายงานผลการปฏิบัติงาน	**ความเห็นดำเนินการ/คำสั่ง**
( ) ขอข้อมูลที่ไม่ใช่ข้อมูลของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ( ) พบข้อมูลข่าวสารที่ต้องการและให้บริการตามความต้องการ ( ) ส่งมอบให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการต่อไป คือ ..... ( ) ให้บริการสำเนา (เสียค่าใช้จ่าย) ( ) ให้บริการสำเนาที่มีผู้รับรอง (เสียค่าใช้จ่าย) ( ) อื่นๆ .... ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงาน วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.	**เรียน** ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ฯ โปรดพิจารณาในกรณีมีผู้ขอตรวจดูข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมที่หน่วยงานของท่านในเรื่อง .... ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงาน วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... **ความเห็น / คำสั่งของผู้อำนวยการ** **( ) อนุญาต ( ) ไม่อนุญาต เพราะ** .... ลงชื่อ ..... ผู้อำนวยการ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....