

**บันทึกข้อความ**

**ส่วนงาน** .............................................................................................. **โทร.** ..............................

**ที่ ศธ**.............../..................... **วันที่** ...................................................

**เรื่อง** ขอมีบัตรประกันสุขภาพบูพา

**เรียน** ประธานอนุกรรมการสวัสดิการสำนักงานอธิการบดีและสำนักงานสภามหาวิทยาลัย

 ข้าพเจ้า ……………ชื่อ – ชื่อสกุล……………….……….. เป็น ( ) ข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา

( ) ลูกจ้างประจำ ( ) พนักงานมหาวิทยาลัย ( ) ลูกจ้างมหาวิทยาลัย ( ) ลูกจ้างโครงการ

ตำแหน่ง..............................................................................สังกัด............................................ ..................................

มีความประสงค์ขอให้สำนักงานอธิการบดีดำเนินการขอมีบัตรประกันสุขภาพบูพาใหม่ กับ บริษัท บูพา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) เนื่องจากบัตรเก่า ( ) ชำรุด ( ) สูญหาย

 พร้อมนี้ ได้แนบเอกสารประกอบการขอมีบัตรประกันสุขภาพบูพา ดังนี้

 1. แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดกรมธรรม์ จำนวน 1 ชุด

 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 (................ชื่อ – ชื่อสกุล สมาชิก..........)

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

 (..................หัวหน้าส่วนงาน……...........)

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