

**บันทึกข้อความ**

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

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

**เรื่อง** ขอเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง

**เรียน** ประธานอนุกรรมการสวัสดิการสำนักงานอธิการบดีและสำนักงานสภามหาวิทยาลัย

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

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

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

มีความประสงค์ขอให้สำนักงานอธิการบดีดำเนินการเปลี่ยนข้อเท็จจริง ( ) คำนำหน้านาม ( ) ชื่อ ( ) ชื่อสกุล

จาก**เดิม**………………………ชื่อ – ชื่อสกุล................................ **เป็น**..............................ชื่อ – ชื่อสกุล..............................

กับ บริษัท บูพา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

 พร้อมนี้ ได้แนบเอกสารประกอบการแจ้งเปลี่ยนข้อเท็จจริง ดังนี้

 ( ) แบบฟอร์มคำขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดกรมธรรม์

 ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด

( ) สำเนาการเปลี่ยนคำนำหน้านาม (กรณีเปลี่ยนคำนำหน้านาม) จำนวน 1 ชุด

 ( ) สำเนาการเปลี่ยนชื่อ (กรณีการเปลี่ยนชื่อ) จำนวน 1 ชุด

 ( ) สำเนาการเปลี่ยนชื่อสกุล (กรณีการเปลี่ยนชื่อสกุล) จำนวน 1 ชุด

 ( ) สำเนาใบสำคัญการสมรส (กรณีสมรส) จำนวน 1 ชุด

 ( ) สำเนาใบสำคัญการหย่า (กรณีหย่า) จำนวน 1 ชุด

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

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

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

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

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