

**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……...........)

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