

**บันทึกข้อความ**

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

**ที่ อว**.............../..................... **วันที่** ...................................................

**เรื่อง** ขอเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง

**เรียน** ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

 ข้าพเจ้า .......................ชื่อ – ชื่อสกุล....................................... เป็น ( ) พนักงานมหาวิทยาลัย

( ) ลูกจ้างมหาวิทยาลัย ( ) ลูกจ้างโครงการ ( ) ลูกจ้างชาวต่างชาติ ( ) พนักงานบางส่วนเวลา ( ) อาจารย์พิเศษ

ตำแหน่ง...........................................................สังกัด......................................................................มีความประสงค์

ขอให้มหาวิทยาลัยดำเนินการแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง ( ) คำนำหน้า ( ) ชื่อ ( ) ชื่อสกุล **จากเดิม**...................

..................ชื่อ – ชื่อสกุล........................................... **เป็น**..........................ชื่อ – ชื่อสกุล......................................

ต่อสำนักงานประกันสังคมจังหวัดชลบุรี

 พร้อมนี้ ได้แนบเอกสารประกอบการแจ้งเปลี่ยนข้อเท็จจริง ดังนี้

 ( ) แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงผู้ประกันตน สปส. 6-10 จำนวน 1 ชุด

 ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด

( ) สำเนาการเปลี่ยนคำนำหน้านาม (กรณีเปลี่ยนคำนำหน้านาม) จำนวน 1 ชุด

 ( ) สำเนาการเปลี่ยนชื่อ (กรณีเปลี่ยนชื่อ) จำนวน 1 ชุด

 ( ) สำเนาการเปลี่ยนชื่อสกุล (กรณีเปลี่ยนชื่อสกุล) จำนวน 1 ชุด

 ( ) สำเนาใบสำคัญการสมรส (กรณีสมรส) จำนวน 1 ชุด

 ( ) สำเนาใบสำคัญการหย่า (กรณีหย่า) จำนวน 1 ชุด

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

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

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

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

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