

**บันทึกข้อความ**

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

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

**เรื่อง** ขอมีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

**เรียน** อธิการบดี

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

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

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

มีความประสงค์ขอให้มหาวิทยาลัยดำเนินการขอมีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลใหม่ เนื่องจากบัตรเก่า

( ) ชำรุด ( ) สูญหาย ต่อสำนักงานประกันสังคมจังหวัดชลบุรี

 พร้อมนี้ ได้แนบเอกสารประกอบการขอมีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ดังนี้

 1. แบบขอมีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

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

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

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

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