



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

การเปลี่ยนคำนำหน้า

ชื่อตัว - ชื่อสกุล



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย โทร.....

ที่ สธ วันที่

เรื่อง ขอลเปลี่ยนคำนำหน้านาม/เปลี่ยนชื่อตัว/เปลี่ยนชื่อสกุล,อื่นๆ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ☐ข้าราชการพลเรือนสามัญ

☐พนักงานราชการ ☐ลูกจ้างประจำ ☐ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน/ฝ่าย..... ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย มีความประสงค์

☐เปลี่ยนคำนำหน้านาม.....เป็น.....

☐ชื่อตัวจาก.....เป็น.....

☐ชื่อสกุลจาก.....เป็น.....

อื่นๆ.....

และได้แนบสำเนาหลักฐาน.....จำนวน ๓ ชุด มาพร้อมบันทึกฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....





กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

เอกสารการเปลี่ยน คำนำหน้า ชื่อตัว ชื่อสกุล

กรณีทั่วไป

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ (แบบ ช.3)

เอกสารทุกฉบับ
รับรองสำเนาถูกต้อง

กรณีสมรส

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนสมรส (ตร.3)
3. สำเนาทะเบียนรับรอง
ใช้คำนำหน้านาม
4. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล (ช.5)

กรณีหย่า

1. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล (ช.5)
2. สำเนาทะเบียนหย่า (ตร.7)
3. สำเนาทะเบียนรับรองใช้คำนำหน้านาม
4. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล (ช.5)





กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

คณะผู้จัดทำ

พ.ส.ชวัลรัตน์ แสงบรรจง
นักจัดการงานทั่วไป
พ.ส.สุพรรณิ กล่อมจิตร
พนักงานธุรการ

ขอความกรุณาส่งเอกสารให้ครบถ้วน
ถึงจะสามารถดำเนินการได้
โทร. 032-327824 ต่อ 2229

