



คำขอใบแทนบัตรเลือกตั้งกรรมการสภาเภสัชกรรม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2567

ชื่อ นามสกุล (ภก./ภญ.)ใบอนุญาตฯ เลขที่ ภ.

เลขประจำตัวประชาชน ----

วัน เดือน ปีเกิด (พุทธศักราช)/...../ พ.ศ.

เป็นผู้สิทธิเลือกตั้งตามรายชื่อที่ประกาศไว้ และได้รับสิทธิลงคะแนนเลือกตั้งด้วยบัตรเลือกตั้ง (Paper vote)

มีความประสงค์จะขอใบแทนบัตรเลือกตั้ง เนื่องจาก

โปรดออกใบแทนบัตรเลือกตั้งให้ข้าพเจ้า และส่งให้ข้าพเจ้าโดย (โปรดระบุเพียง 1 ช่องทาง ที่ต้องการเลือก)

❶ ส่งใบแทนบัตรเลือกตั้งไปให้ทางไปรษณีย์ไป ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์เคลื่อนที่..... Email:.....

❷ Email:

❸ รับด้วยตนเอง ณ สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้าได้แนบ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาให้ด้วยแล้ว และขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้าได้รับใบแทนบัตรเลือกตั้งเรียบร้อยแล้ว

ลงลายมือชื่อ

วันเดือนปีที่ได้รับ/...../ 2567

ประธานคณะกรรมการอำนวยการเลือกตั้งกรรมการสภาเภสัชกรรม

สภาเภสัชกรรม อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/19 ม.4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

Email : election@pharmacycouncil.org โทรศัพท์ 0 2591 9992 กด 3 หรือ 7 หรือ 0

