

สำหรับเจ้าหน้าที่

รับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....

แบบคำขอข้อมูลข่าวสาร
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เขียนที่.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....
หมายเลขโทรสาร.....

มีความประสงค์ขอรับบริการข้อมูลข่าวสารตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐

โดย ☐ ขอตรวจดู ☐ ขอคัดสำเนา ☐ ขอคัดสำเนาที่มีค่ารับรองถูกต้อง
ในเรื่องต่อไปนี้

๑.
๒.
๓.

เพื่อใช้ประโยชน์ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

คำสั่ง

- ☐ อนุญาต
☐ ไม่อาจดำเนินการได้ เนื่องจาก
☐ คำขอไม่ชัดเจน ☐ ไม่มีข้อมูล
☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก
☐ ขอจำนวนมากหรือบ่อยครั้ง โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
☐ อาจเสียหายต่อสถาบันพระมหากษัตริย์
☐ เปิดเผยไม่ได้ตามมาตรา ๑๕ เนื่องจาก.....

หากท่านไม่เห็นด้วยกับคำสั่งนี้ ท่านมีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารภายใน
๑๕ วัน นับแต่วันที่ทราบคำสั่งนี้

- ☐ มีค่าธรรมเนียม จำนวน.....บาท
☐ ไม่มีค่าธรรมเนียม

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

☐ ได้ส่งข้อมูลข่าวสารคืนแล้ว เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

☐ กำลังดำเนินการตามคำขอที่...../.....โปรดติดต่อใหม่ภายในวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....