



ที่ สฎ ๐๐๑๘.๑/ว ๒๒๐

ที่ทำการปกครองจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
ถนนคอนนค อ.เมืองฯ จ. สฎ. ๘๔๐๐๐

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ส่งรายชื่อบุคคลเข้าร่วมใช้งานระบบ DXC

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายการประวัติเจ้าหน้าที่ผู้ขออนุญาตตรวจสอบทะเบียนประวัติบุคคล จำนวน ๑ ชุด

ด้วยจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับแจ้งจากสำนักงานยุติธรรมจังหวัดสุราษฎร์ธานีว่ากระทรวงยุติธรรมได้ขอให้ประสานงานกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติและกรมการปกครองในพื้นที่ เชิญชวนบุคลากรเข้าใช้ระบบ DXC เพื่อประโยชน์แก่การปฏิบัติหน้าที่ และเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากระบบ DXC จึงจำเป็นต้องมีการขยายจำนวนผู้ใช้งานให้กับพนักงานสอบสวน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สถานีตำรวจละ ๑ นาย และพนักงานฝ่ายปกครอง กระทรวงมหาดไทย ให้มีพนักงานฝ่ายปกครองอย่างน้อยอำเภอละ ๑ คน เข้าร่วมใช้งาน DXC อันส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในการนี้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงขอให้ท่านมอบหมายบุคลากร (พนักงานฝ่ายปกครอง) เข้าร่วมใช้ระบบ DXC อำเภอละ ๑ คน กรุณากรอกแบบประวัติเจ้าหน้าที่ผู้ขออนุญาตตรวจสอบทะเบียนประวัติบุคคลแบบสำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และแจ้งรายชื่อมายังจังหวัด ภายในวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๒ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายจเร ชวัญเกิด)  
ปลัดจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่ทำการปกครองจังหวัด

กลุ่มงานปกครอง

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๗๗๒๗-๒๕๘๖



ติดรูปถ่าย  
ขนาด 1 X 1 นิ้ว

แบบรายการประวัติเจ้าหน้าที่ผู้ขออนุญาตตรวจสอบทะเบียนประวัติบุคคล

- ผ่านระบบ IKNO  
 ผ่านระบบ Web service

กระทรวง..... กรม.....  
สำนัก/กอง..... ฝ่าย/งาน.....

เลขประจำตัวประชาชน :

รหัสผู้ปฏิบัติ/หน่วยงาน :         (สำหรับเจ้าหน้าที่)

1. ชื่อ - สกุล .....  
( กรุณabanที่กชั้นยศ หรือนำหน้านามด้วย )
2. ตำแหน่งตามสายงาน.....
3. ตำแหน่งทางบริหาร.....
4. วัน เดือน ปี ที่รับตำแหน่งทางบริหาร ...../...../.....
5. ลักษณะงานที่รับผิดชอบ
  - 5.1 .....
  - 5.2 .....

ลงชื่อ ..... ผู้บังคับบัญชาลงนามรับรอง  
(.....) ลงชื่อ .....  
เจ้าหน้าที่ผู้ขออนุญาต (.....)  
วันที่..... ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบเป็นผู้บันทึก)

รายการ	รหัสสิทธิที่ได้รับอนุญาต							
คนและบ้าน								
บัตร และภาพใบหน้า								
Web Service								
อื่นๆ.....								

(ลงชื่อ) .....จนท.ผู้รับผิดชอบ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....