

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

[illegible]

ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลักษณะของสถานพยาบาล..... ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

วัน/เวลาทำการ.....

๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

- ☐ การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น.....
- ☐ การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ เป็น.....
- ☐ การเปลี่ยนชื่อนาม ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด เป็น.....
- ☐ เปลี่ยนแปลง วันเวลา ในการทำการ เป็น.....
- ☐ เพิ่มผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการร่วม จำนวน.....คน
- ☐ ขอแจ้งเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ จาก.....เป็น.....
- ☐ ขอเพิ่มผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานพยาบาล.....คน คือ.....
- ☐ อื่น ๆ

พร้อมกับคำขอสินเชื่อเข้าได้แบบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- ☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวกับการขอเปลี่ยนแปลง
- ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ☐ เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ)ผู้ดำเนินการ

(_____)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต

()

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ