

เลขรับที่.....
วันที่รับคำขอ.....
ลงชื่อ.....ผู้รับ

แบบตรวจเอกสารการขอเลิกกิจการสถานพยาบาล (คลินิก)

ชื่อสถานพยาบาล.....ลักษณะของสถานพยาบาล.....
ที่ตั้ง.....
ชื่อผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ.....โทรศัพท์.....
ชื่อผู้รับอนุญาตดำเนินการ.....โทรศัพท์.....

รายการเอกสารอย่างละ 1 ฉบับ และรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ



แบบฟอร์มคำขอแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

☐ 1. แบบ ส.พ. 17



เอกสารของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

☐ 2. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 7)

☐ 3. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ. 8) (สมุดเล่มเขียว)



เอกสารของผู้รับอนุญาตดำเนินการ

☐ 4. แบบแจ้งเลิกเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล

☐ 5. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19)

☐ 6. แบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ หรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ในคลินิก (ใบน้ำเงิน)

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มเอกสารต่างๆได้ที่



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รับคำขอ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้อง

☐ เอกสารไม่ครบถ้วน

สรุปความเห็น.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
(.....)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รับคำขอ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้อง

☐ เอกสารไม่ครบถ้วน

สรุปความเห็น.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
(.....)