

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การแจ้งเลิกเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วย ข้าพเจ้า.....ผู้ขึ้นทะเบียนและ
รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะแผน.....ชั้น.....
สาขา.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะเลขที่.....เป็นผู้มีหน้าที่
ปฏิบัติการ ณ สถานพยาบาลประเภท ที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ชื่อ.....
ที่อยู่.....

บัดนี้ ข้าพเจ้าขอแจ้งเลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานพยาบาลดังกล่าวตาม
พระราชบัญญัติสถานพยาบาล เนื่องจาก.....
ทั้งนี้ตั้งแต่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ดำเนินการ/
ผู้ประกอบวิชาชีพ

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้รับอนุญาต

ลงชื่อ.....

(.....) พนักงานเจ้าหน้าที่

☐ ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล (สพ. ๑๙) (ถ้ามี)

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ. ๘)

☐ แบบแสดงตนผู้ประกอบวิชาชีพฯ (ใบสีน้ำเงิน) ที่มีตราประทับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

หมายเหตุ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการ

ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องแจ้งผู้รับอนุญาตล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน (เป็นลายลักษณ์อักษร)