

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

- แจ้งเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- แจ้งเลิกเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่
วันที่..... เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ชื่อ
เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ อายุ ปี

เป็นผู้รับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลตามใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
เลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ สาขา
ณ สถานพยาบาล ชื่อ
ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

- ข้าพเจ้ามีความประสงค์ดังนี้
- แจ้งเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
 - แจ้งเลิกเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เนื่องจาก
ทั้งนี้ตั้งแต่ เป็นต้นไป

ข้าพเจ้าได้แจ้งผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว โดยผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล
รับทราบแล้ว ทั้งนี้ตั้งแต่

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน ฉบับ

- ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับจริง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ใบมอบอำนาจและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง
- อื่น ๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาต/ทราบ

(ลายมือชื่อ)
(.....)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
เจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้ว เห็นสมควรอนุญาต/ทราบ

อนุญาต/ทราบ

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง