

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอแจ้งเลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ข้าพเจ้า ชื่อ.....
เลขประจำตัว สัญชาติ..... อายุ.....ปี
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ใน สาขา.....
ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัดกาญจนบุรี รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
โทรสาร..... e-mail

มีความประสงค์ลาออกจากสถานพยาบาล

เนื่องจาก.....
ทั้งนี้ ตั้งแต่.....เป็นต้นไป
ข้าพเจ้า ได้แจ้งความประสงค์การเลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลนี้ แก่ผู้ประกอบการ
สถานพยาบาล (ชื่อ-สกุล).....
ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว โดยผู้ประกอบการสถานพยาบาล
รับทราบแล้ว ทั้งนี้ ตั้งแต่.....เป็นต้นไป

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ ประกอบด้วย
.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบวิชาชีพ

(.....)

แนบเอกสารประกอบดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ