

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งการออกให้บริการตรวจสอบสุขภาพคนต่างด้าว

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว

อายุ ปี สัญชาติ.....อยู่เลขที่.....ซอย.....ตรอก

ถนน หมู่ที่ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

ขอแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการตรวจสอบสุขภาพคนต่างด้าว

สำหรับสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลชื่อ.....ประเภท.....

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ เลขที่..... ดังนี้

(๑) วัน เวลาในการออกให้บริการ ระหว่าง.....ถึงวันที่.....เวลา.....

(๒) สถานที่ในการออกให้บริการ ณ.....

(๓) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๑ วิชาชีพเวชกรรม คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้ประกอบการ/ผู้ดำเนินการ

(ลายมือชื่อ) ผู้รับแจ้ง

(.....)

ผู้อนุญาต