

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งสถานพยาบาลที่ใช้นานพาทนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่
เพื่อช่วยเหลือหรือส่งเคราะห์ โดยไม่เรียกเก็บค่าบริการ

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว

อายุ ปี สัญชาติ อยู่เลขที่ ซอย..... ตรอก
ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด โทรศัพท์

ขอแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสำหรับสถานพยาบาลที่ใช้นานพาทนะ
ในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่ ดังนี้

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

(๒) สถานที่ในการออกไปให้บริการ ณ.....

(๓) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๑ วิชาชีพเวชกรรม คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น/
ผู้ประกอบกิจการ/ผู้ดำเนินการ

ผู้ประกอบกิจการ/ผู้ดำเนินการ

(ลายมือชื่อ) ผู้รับแจ้ง

(.....)

ผู้อนุญาต