

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งสถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม การป้องกันโรค หรือการรักษาพยาบาล แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน นักเรียนหรือนักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น

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 สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสำหรับสถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ชื่อ ประเภท..... ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ เลขที่ ที่ใช้ยานพาหนะ เป็นที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอเพื่อการตรวจดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล การส่งเสริมหรือการป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปีระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ดังนี้

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

(๒) สถานที่ในการออกให้บริการ ณ.....

(๓) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๒ วิชาชีพเวชกรรม คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

* หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ให้นำใบที่แจ้งมาแสดงและแจ้งการเปลี่ยนแปลงในวันทีออกให้บริการด้วย

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น/
ผู้ประกอบการ/ผู้ดำเนินการ

(ลายมือชื่อ) ผู้รับแจ้ง
(.....)

ผู้อนุญาต