

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งสถานพยาบาลที่ออกไปให้บริการการคัดกรอง การควบคุม การป้องกัน การรักษาพยาบาล
หรือการฟื้นฟูสุขภาพ อันเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด
ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ

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 สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ การคัดกรอง การควบคุม
 การป้องกัน การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ อันเกี่ยวกับ โรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย
 โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ
สำหรับสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลชื่อ ประเภท.....
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ เลขที่ ดังนี้

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

(๒) สถานที่ในการออกให้บริการ ณ.....

(๓) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๔ วิชาชีพเวชกรรม คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

๓.๔ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

กรณีเข้าชื่อยกเว้นการแจ้งภายหลังการให้บริการ โปรดระบุเหตุจำเป็น กรณีหน่วยงานภาครัฐร้องขอโปรดระบุ
ชื่อหน่วยงานภาครัฐ.....

(เพื่อการควบคุม หรือป้องกันโรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย โรคที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามกฎหมายว่าด้วย
โรคติดต่อ หรือหน่วยงานภาครัฐร้องขอ)

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น/

ผู้ประกอบกิจการ/ผู้ดำเนินการ

(ลายมือชื่อ) ผู้รับแจ้ง

(.....)

ผู้อนุญาต