

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี

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

- 1. ข้าพเจ้า (ผู้ประกอบการสถานพยาบาล)
(บุคคลธรรมดา) ชื่อ.....เลขประจำตัว
- (นิติบุคคล) ชื่อ..... โดย(ผู้มีอำนาจลงนาม)
1. ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัว
- 2. ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัว

สถานพยาบาล(คลินิก)ชื่อ.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการ คลินิกตั้งอยู่เลขที่.....
ซอย/ตรอก ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด กาญจนบุรี โทรศัพท์..... ปัจจุบันมีผู้ดำเนินการชื่อ.....
ตำแหน่งพิกัด ละติจูดที่.....ลองจิจูดที่.....

2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระค่าธรรมเนียมประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี
จำนวน 500 บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท(กรณีมาชำระหลังวันที่ 31 ธันวาคม ต้องชำระเงินเพิ่มเติมเดือนละ 25 บาท)

- 3. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานพร้อมนี้ คือ
- 3.1 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล(กรณีไม่มีหรือยังไม่ได้รับสมุดทะเบียน กรุณาแนบสำเนาใบประกอบกิจการสถานพยาบาล สพ.7)
- 3.2 รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.23)
- 3.3 แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี
- 3.4 อื่น ๆ(ถ้ามี ระบุ.....)

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการฯ
(.....)
(ลายมือชื่อ) ผู้แทน
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่.....เลขที่..... จำนวนเงิน.....บาท วันที่/...../..... ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน	ข้าพเจ้าได้รับ <input type="checkbox"/> ส.พ.12 เลขที่..... <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียน คืนแล้ว ลงชื่อ.....ผู้รับคืน (.....)(ตัวบรรจง) วันที่/...../.....
---	--