

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

## คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อ .....เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี ๑.๒ นิตินุคคล.....โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิตินุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ ..... เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

๒.ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาต (ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ครั้งที่ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว  ใบรับรองแพทย์
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต  สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ๑.ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ