

เลขรับที่	
วันที่	
ลงชื่อ	ผู้รับคำขอ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

เขียนที่

.....

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

เลขประจำตัว

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

 อายุ.....ปี สัญชาติ.....ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง
ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ลักษณะของสถานพยาบาลณ สถานพยาบาล ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ถนน.....

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัดรหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

 การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น..... การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ เป็น..... การเปลี่ยนชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด เป็น..... การเปลี่ยนแปลงวัน เวลา ที่ให้บริการ เป็น..... อื่นๆ

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง สมุดทะเบียนสถานพยาบาล เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ดำเนินการ

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ