

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

เรื่อง ขอแจ้งเลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ข้าพเจ้า ชื่อ.....  
เลขประจำตัว 

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

 สัญชาติ..... อายุ.....ปี  
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ใน สาขา .....  
ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....  
ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัดกาญจนบุรี รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
โทรสาร..... e-mail .....

มีความประสงค์ลาออกจากสถานพยาบาล .....  
เนื่องจาก.....  
ทั้งนี้ ตั้งแต่..... เป็นต้นไป

ข้าพเจ้า ได้แจ้งความประสงค์การเลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลนี้ แก่ผู้ประกอบการ  
สถานพยาบาล (ชื่อ-สกุล).....  
ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว โดยผู้ประกอบการสถานพยาบาล  
รับทราบแล้ว ทั้งนี้ ตั้งแต่..... เป็นต้นไป

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ ประกอบด้วย  
.....  
.....  
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบวิชาชีพ  
(.....)