

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ .....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลักษณะของสถานพยาบาล .....

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

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

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

วัน/เวลาทำการ.....

### ๓. ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภท ..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้

(ชี้แจงข้อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

[illegible]

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- ☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี (กรณีออกใบอนุญาตใหม่)
- ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ☐ ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- ☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ดำเนินการ

( ..... )

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

( ..... )

หมายเหตุ ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ