

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

☐ คำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

เขียนที่

.....

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

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

 สัญชาติ อายุ ปี

☐ ๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

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

และ (๒)เลขประจำตัว

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

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพียง
ลักษณะของสถานพยาบาล

ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

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

๒. มีความประสงค์ขอใบแทน ☐ ใบอนุญาต เนื่องจาก ☐ ถูกทำลายในสาระสำคัญ ☐ สูญหาย

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล เนื่องจาก ☐ ถูกทำลายในสาระสำคัญ ☐ สูญหาย

ที่.....

เมื่อวันที่.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัดอุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิตินบุคคล (กรณีเป็นนิตินบุคคล)

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (กรณีถูกทำลาย)

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีถูกทำลาย)

☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ