

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

คำขอรับใบแทนใบอนุญาต

กรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

เลขประจำตัว

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

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

ลักษณะของสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาล ชื่อ

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

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

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

วัน/เวลาทำการ.....

๒. มีความประสงค์ขอใบแทนใบอนุญาต เนื่องจาก ถูกทำลายในสาระสำคัญ สูญหายที่

..... เมื่อวันที่

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว
- สำเนาภาพถ่ายทะเบียนบ้าน
- รูปถ่ายขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๒ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีชำรุด)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ