



พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว  | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน   | <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล                      |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)                                    |  |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี |  |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๔ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี  |  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

( ..... ) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ