| |
|---|
| เลขที่รับ................................................ |
| วันที่..................................................... |
| ลงชื่อ...............................ผู้รับคำร้อง |

# คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เขียนที่..................................................

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

๑.ข้าพเจ้า

๑.๑ นาย/นาง/นางสาว..............................................................................................................................

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ.....................ปี สัญชาติ.................... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่....................................ถนน........................................................

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

รหัสไปรษณีย์......................................................โทรศัพท์.................................................................โทรสาร............................

๑.๒ นิติบุคคล..............................................................................................................................

โดย (๑) นาย/นาง/นางสาว..........................................................สกุล.......................................................................................

บัตรประจำตัวประชาชนหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) นาย/นาง/นางสาว...........................................................สกุล......................................................................................

บัตรประจำตัวประชาชนหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต เป็นนิติบุคคลประเภท............................................................................

จดทะเบียนเมื่อ............................................................................................ เลขทะเบียน..........................................................

๒. เป็นผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภท.......................................................................................................

โดยใช้ชื่อสถานประกอบการ เป็นภาษาไทยว่า...............................................................................................................................

ภาษาต่างประเทศว่า.......................................................................................................................................................................

ใบอนุญาตเลขที่.........................................................................................ออกให้ ณ วันที่..........................................................

ที่ตั้งสถานประกอบการเลขที่.........................ซอย....................................ถนน.......................ตำบล/แขวง...............................

อำเภอ/เขต.........................................................................................จังหวัด..............................รหัสไปรษณีย์.......................

โทรศัพท์..........................................................................................................โทรสาร..............................................................

๓. มีความประสงค์ขอเปลี่ยนผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จาก

นาย/นางนางสาว............................................................................................... สกุล.................................................................

บัตรประจำตัวประชาชนหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เลขที่...............................................................................................

วัน/เวลาที่ให้บริการเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ(โปรดระบุรายละเอียด วัน/เวลาทำการ).........................

.....................................................................................................................................................................................................

เป็น นาย/นาง/นางสาว.......................................................................สกุล...................................................................................

บัตรประจำตัวประชาชนหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เลขที่...........................................ออกให้ ณ วันที่.......................

วัน/เวลาที่ให้บริการเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ(โปรดระบุรายละเอียด วัน/เวลาทำการ)........................

.....................................................................................................................................................................................................

๔. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน......................................ฉบับ คือ

๔.๑ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการ (คนใหม่) และผู้รับอนุญาต (พร้อมรับรอง)

๔.๒ ☐ ใบรับรองแพทย์ผู้ดำเนินการฯ (ตัวจริง)

๔.๓ ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบเพื่อสุขภาพ (พร้อมรับรอง)

๔.๔ ☐ สำเนาใบอนุญาตผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (พร้อมรับรอง)

๔.๕ ☐ หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๔.๖ ☐ อื่นๆ (ถ้ามี) .....................................................................................................

ลายมือชื่อ.....................................................................ผู้รับอนุญาตฯ

( )