

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอแจ้งเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการ และ ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ข้าพเจ้าชื่อ.....

เลขประจำตัว..... สัญชาติ..... อายุ.....ปี

เป็นผู้รับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลตามใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

มีความประสงค์จะเลิกการเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล และ ผู้ประกอบวิชาชีพ
ในสถานพยาบาลดังกล่าว เนื่องจาก.....

ทั้งนี้ตั้งแต่..... เป็นต้นไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำนวน.....ฉบับ

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้อง

☐ กรณีมอบอำนาจให้มายื่นคำร้องแทน ให้แนบหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท

พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ

☐ หนังสือหรือหลักฐานการแจ้งให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลายมือชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำร้อง

หมายเหตุ : กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้นต่อไป ให้แจ้งเป็นหนังสือ
ให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการทราบล่วงหน้าแล้ว ไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน(กฎกระทรวงว่าด้วยการดำเนินการ
สถานพยาบาลพ.ศ.๒๕๔๕)