

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งยกเลิกการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า ชื่อ.....

เลขประจำตัว

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

 สัญชาติ.....อายุ.....ปี

ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต.....ออกให้วันที่.....

และได้แจ้งความจำนงค์เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล.....ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ ณ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

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

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

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

มีความประสงค์ขอยกเลิกการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล ดังกล่าว

ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

เนื่องจาก.....

พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ

☐ แบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ (แบบ ส.พ.๖) ในสถานพยาบาลประเภทคลินิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้ประกอบวิชาชีพ

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)