

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

เรื่อง แจ้งยกเลิกการเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า ชื่อ.....

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

เป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ตามใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

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

ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....

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

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

มีความประสงค์จะเลิกการเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล เนื่องจาก

.....
ทั้งนี้ตั้งแต่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

ข้าพเจ้าได้แจ้งความประสงค์การเลิกดำเนินการสถานพยาบาล แก่ (ชื่อ-สกุล)

.....

ซึ่งเป็นผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว โดยผู้ประกอบกิจการพยาบาล

รับทราบแล้ว ทั้งนี้ตั้งแต่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ

- ☐ ๑. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙)
- ☐ ๒. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.๘)
- ☐ ๓. แบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ (แบบ ส.พ.๖) ในสถานพยาบาลประเภทคลินิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)