

เลขรับ.....
วันที่.....
ผู้รับ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า ชื่อ.....

เลขประจำตัวประชาชน..□□□□□□□□□□□□□□. สัญชาติ.....อายุ.....ปี

เป็นผู้รับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลตามใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ใบอนุญาต

เลขที่ .....ออกให้ วันที่.....

ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....

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

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์ขอลเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล เนื่องจาก

ทั้งนี้ตั้งแต่..... เป็นต้นไป

ข้าพเจ้าได้แจ้งความประสงค์การเลิกดำเนินการสถานพยาบาลผู้รับอนุญาตประกอบ

กิจการสถานพยาบาลรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆมาด้วย จำนวน.....ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลายมือชื่อ.....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล