

เลขรับ.....
วันที่.....
ผู้รับ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเอกสารการแปลใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า ชื่อภาษาไทย.....

ชื่อภาษาอังกฤษ(ตัวบรรจง... ..)

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

เป็นผู้รับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลชื่อ.....

(ชื่อคลินิกภาษาอังกฤษ.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล.....

ลักษณะสถานพยาบาล(The qualifications of) Medical Clinic Specialist Medical Clinic

Dental Clinic

ที่ตั้งภาษาอังกฤษ(ให้ตรงตามใบอนุญาต) Located at no..... Moo(หมู่ที่.....)

Soi (ซอย Road (ถนน).....

Sub-district(ตำบล)..... District(อำเภอ).....

Province (จังหวัด).....Post Code No (รหัสไปรษณีย์).....

Official Time (วันเวลาทำการ).....

.....
.....

พร้อมนี้ได้แนบสำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลมาจำนวน ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลายมือชื่อ.....

(.....

ผู้ยื่นคำขอ