

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

**คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว**

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า .....

เลขประจำตัว 

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

 อายุ.....ปี สัญชาติ.....

ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง  
ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ลักษณะของสถานพยาบาล .....ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....

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

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

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

๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้
- การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น.....
  - การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ เป็น.....
  - การเปลี่ยนชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด เป็น.....
  - การเปลี่ยน วัน เวลา เปิดทำการ เป็น.....

- พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
  - เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
  - สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
  - เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ดำเนินการ  
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต  
(.....)