

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

### คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

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

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิติ

บุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

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

และ (๒) .....เลขประจำตัว 

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

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  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.....

โดยมี ..... เป็นผู้ดำเนินการ

๒. มีความประสงค์ขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น ให้แก่

๒.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

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

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๒.๒ นิติ

บุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

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

และ (๒) .....เลขประจำตัว 

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

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๒.๓ มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต .....

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

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล  | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับโอน |
| <input type="checkbox"/> เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์  | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน  |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล  | <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน     |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิติบุคคล) |  |

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้โอน

( ..... )

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับโอน

( ..... )

**ข้าพเจ้าผู้รับโอนขอรับรองว่า**

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับโอน

( ..... )

**หมายเหตุ** ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง Y หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ