

หลักฐานการรับคำขออนุญาต  
ขอใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการของสถานพยาบาล

สถานที่ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....  
เลขรับ..... วันที่รับเอกสาร..... วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....  
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ  
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้.  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ  
วันที่...../...../.....

-----

รายการเอกสาร/หลักฐาน		
<input type="checkbox"/> แบบฟอร์ม “คำขอใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๒๑)”	๑	ฉบับ
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล	๑	ฉบับ
<input type="checkbox"/> กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสารและการรับหลักฐานต่างๆ)พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน	๑	ชุด
<input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือแจ้งความใบอนุญาตให้ดำเนินการ (กรณีสูญหาย)	๑	ฉบับ
<input type="checkbox"/> รูปถ่ายขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๒ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี	๓	ใบ
<input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล	๑	เล่ม

