

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

ข้าพเจ้าชื่อ.....

เลขประจำตัว.....สัญชาติ.....อายุ.....ปี

เป็นผู้รับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลตามใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์จะเลิกการเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล เนื่องจาก.....

ทั้งนี้ตั้งแต่.....เป็นต้นไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆมาด้วยจำนวน.....ฉบับ

สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้อง

กรณีมอบอำนาจให้มายื่นคำร้องแทน ให้แนบหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท

พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ

หลักฐานการแจ้งให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลายมือชื่อ.....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล