เขียนที่.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งเลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

ข้าพเจ้า ชื่อ.....

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

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ใน สาขา.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

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

มีความประสงค์ลาออกจากสถานพยาบาล.....

เนื่องจาก.....

ทั้งนี้ตั้งแต่.....เป็นต้นไป

ข้าพเจ้าได้แจ้งความประสงค์การเลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลนี้ แก่ผู้ประกอบการสถานพยาบาล (ชื่อ-สกุล).....

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว โดยผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรับทราบแล้ว เมื่อวันที่.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยคือ

๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้อง

๒. กรณีมอบอำนาจให้มายื่นคำร้องแทน ให้แนบหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท และ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำร้อง