แบบ ส.พ.๒๒

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

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....

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

ได้รับอนุญาตการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้คางคืน ☐ 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.....

☐ การเปลี่ยนแปลงเวลาทำการ เป็น.....

☐ อื่นๆ.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ดำเนินการ

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ