แบบ ส.พ. ๒๒

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

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....

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

ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ 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.....

☐ การเปลี่ยนแปลงวัน เวลา ที่ให้บริการ เป็น.....

☐ อื่น ๆ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

☐ เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ดำเนินการ

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ