

เลขที่รับ.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า

(บุคคลธรรมดา).....เลขที่บัตรประชาชน

(นิติบุคคล).....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลชื่อ.....
.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล.....
ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ขนาด.....เตียง

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

ประจำปี..... จำนวน.....บาท (.....)

และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท (.....) (กรณีชำระหลัง ๓๑ ธันวาคม)

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

๓.๑ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ส.พ.๘, ส.พ.๙ (กรณีชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ทุกปี)

๓.๒ รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาล ส.พ.๒๓, ส.พ.๒๔

๓.๓ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับจริง ส.พ.๗ (กรณีสิ้นอายุ ตามที่ระบุไว้ในใบอนุญาต)

(ลายมือชื่อ)ผู้รับอนุญาต
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก
ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่...../เลขที่.....
วันที่...../...../.....
ชำระแล้วเป็นเงิน.....

ได้รับเอกสารและใบอนุญาตสถานพยาบาลแล้ว
ลงชื่อ.....ผู้รับคืน
(.....) (ตัวบรรจง)
วันที่...../...../.....