

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุประสงค์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการชื่อ.....ได้รับอนุญาตให้.....

.....ตามใบอนุญาตที่.....

ณ สถานที่ชื่อ.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข

2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง (สำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง)

- กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล ได้แก่

2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป

- รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร

- รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง

- กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

()

(ผู้ดำเนินกิจการ)

กรณีนิติบุคคล

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

ตัวอย่างการกรอก

หน่วยงานราชการ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการชื่อ..... “ ชื่อ ผอ.ท่านเดิม ”ได้รับอนุญาตให้.......... จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2ตามใบอนุญาตที่. “ เลขที่ใบอนุญาต ”ณ สถานที่ชื่อ..... “ ชื่อโรงพยาบาล ”อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

- เปลี่ยน.. “ ผู้ดำเนินการ ” จาก..... “ ชื่อ ผอ.ท่านเดิม ”เป็น..... “ ชื่อ ผอ.ท่านใหม่ ”

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
- เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง (สำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง)
 - กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล ได้แก่
 - สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 - สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 - รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป
 - รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร
 - รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง
 - กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(“ ชื่อ ผอ. ท่านใหม่ ”)

(ผู้ดำเนินการ)

กรณีนิติบุคคล

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()