

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง แจ้งยกเลิกเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ข้าพเจ้า ชื่อ.....

เลขประจำตัวประชาชน..... สัญชาติ..... อายุ.....ปี

เป็น ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ตามใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....

ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ยกเลิกเป็น ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

ตั้งแต่วันที่..... เนื่องจาก.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แจ้งความประสงค์แก่ ซึ่งเป็นผู้รับอนุญาต
ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษร ตั้งแต่วันที่.....

พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙)

เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

เอกสารเพิ่มเติม (กรณีมอบอำนาจ)

หนังสือมอบอำนาจ

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ

ลายมือชื่อ

(.....)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้ประกอบการวิชาชีพ

ลายมือชื่อ

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ

-กรณีผู้ดำเนินการสถานพยาบาลไม่ประสงค์ที่จะเป็นผู้ดำเนินการนั้นต่อไป ต้องแจ้งต่อผู้รับทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน และผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องปฏิบัติตาม
มาตรา 23 หรือมาตรา 24 หรือคำสั่งของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 49 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม อย่างเคร่งครัดต่อไปด้วย