เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอแจ้งเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ข้าพเจ้า ชื่อ.....

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

เป็นผู้รับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล ตามใบอนุญาตให้ดำเนินกิจการสถานพยาบาล

เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....

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

อำเภอ..... จังหวัดนครสวรรค์ รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... .....

โทรสาร..... e-mail .....

มีความประสงค์จะเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินกาสถานพยาบาล เนื่องจาก.....

.....

ทั้งนี้ ตั้งแต่ .....เป็นต้นไป

ข้าพเจ้าได้แจ้งความประสงค์การเลิกดำเนินการสถานพยาบาล แก่ (ชื่อ-สกุล).....

.....

ซึ่งเป็นผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว โดยผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรับทราบแล้ว ทั้งนี้ ตั้งแต่.....เป็นต้นไป

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ ประกอบด้วย

.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)