

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

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

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ.....

เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ..... อายุ.....ปี

๑.๒ นิตินุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิตินุคคลประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ.....เลขทะเบียน.....

๑.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

คลินิกเวชกรรม คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง..... คลินิกทันตกรรม

คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง..... คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกการแพทย์แผนไทย

คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์

สหคลินิก ประกอบด้วย.....

.....

๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย

.....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน ฉบับ คือ

- แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
- แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
- สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนวัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- อื่นๆ.....
- แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
- สำเนาบัตรประจำตัว
- ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)

หมายเหตุ : ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
 ๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ