แบบ ส.พ. ๑๐

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

คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

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

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล .....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

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

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

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

๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

☐ เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น.....

☐ เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต เป็น.....

☐ เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ตามที่ทางราชการกำหนด)

☐ การเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย เป็น.....

.....
.....
.....
.....
.....

☐ เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น.....

.....

☐ อื่น ๆ .....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> 1.ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ