แบบ ส.พ. ๑๑

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

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑. ชื่อ.....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก

☐ ๑.๒. นิติบุคคล.....

โดย (๑).....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(๒).....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

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

ถนน ..... ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต.....

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

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล .....

ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก .....ถนน.....

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

โทรศัพท์ .....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาต(ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ครั้งที่ .....)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ ใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการการสถานพยาบาล

☐ หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> ๑. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ