

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

## คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....เลขประจำตัว 



 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี☐ ๑.๒ นิตินุคคล.....โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 



และ (๒) .....เลขประจำตัว 



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.....

โดยมี ..... เป็นผู้ดำเนินการ

## ๒. มีความประสงค์ขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น ให้แก่

☐ ๒.๑ ชื่อ .....เลขประจำตัว 



 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี☐ ๒.๒ นิตินุคคล.....โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 



และ (๒) .....เลขประจำตัว 





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

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

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

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

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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล☐ สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับโอน☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล☐ ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิตินุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิตินุคคล)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้โอน

( ..... )

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับโอน

( ..... )

## ข้าพเจ้าผู้รับโอนขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับโอน

( ..... )

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ