

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

## คำขอรับใบแทนใบอนุญาต

## กรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ

เขียนที่ .....  
.....  
.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....

เลขประจำตัว 

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

 อายุ.....ปี สัญชาติ.....ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้วัสดุคืน  รับผู้ป่วยไว้วัสดุคืน .....เดือน  
ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....ลักษณะของสถานพยาบาล ..... ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....  
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

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

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

วัน/เวลาทำการ .....

๒. มีความประสงค์ขอใบแทนใบอนุญาต เนื่องจาก  ถูกทำลายในสาระสำคัญ  สูญหายที่ .....

..... เมื่อวันที่ .....

พร้อมกับคำอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว
- สำเนาภาพถ่ายทะเบียนบ้าน
- รูปถ่ายขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๒ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีชำรุด)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ดำเนินการ

( ..... )

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

( ..... )

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ