

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

แบบแจ้งสถานพยาบาลที่ใช้นานพาทนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่  
เพื่อช่วยเหลือหรือส่งเคราะห์ โดยไม่เรียกเก็บค่าบริการ

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

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว .....

อายุ ..... ปี ..... สัญชาติ ..... อยู่เลขที่ ..... ซอย..... ตรอก .....  
ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

ขอแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสำหรับสถานพยาบาลที่ใช้นานพาทนะ  
ในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่ ดังนี้

(๑) วัน เวลาในการออกไปให้บริการ ระหว่าง..... ถึงวันที่..... เวลา.....

(๒) สถานที่ในการออกไปให้บริการ ณ.....

(๓) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๑ วิชาชีพเวชกรรม ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น/  
ผู้ประกอบกิจการ/ผู้ดำเนินการ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับแจ้ง

( ..... )

ผู้อนุญาต