

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับ
ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว

อายุ ปี สัญชาติ อยู่เลขที่ ซอย..... ตรอก

ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

ขอแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพื่อเป็นสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ พนักงานลูกจ้างหรือ
บุคคลที่เกี่ยวข้อง จำนวน คน

ณ สถานพยาบาล ตั้งอยู่ที่

ซอย ตรอก ถนน หมู่ที่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่ามี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ปฏิบัติงาน

๑. แพทย์ คน ๒. พยาบาล คน

๓. ทันตแพทย์ คน ๔. เภสัชกร คน

๕. นักกายภาพบำบัด คน ๖. นักเทคนิคการแพทย์ คน

๗. แพทย์แผนไทย คน

- เวชกรรมไทย คน - เภสัชกรรมไทย คน

- การผดุงครรภ์ไทย..... คน - การนวดไทย คน

- การแพทย์พื้นบ้านไทย..... คน

๘. แพทย์แผนไทยประยุกต์ คน

๙. ผู้ประกอบโรคศิลปะ

(๑) กิจกรมบำบัด คน (๒) การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย..... คน

(๓) เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก คน (๔) รังสีเทคนิค คน

(๕) จิตวิทยาคลินิก คน (๖) กายอุปกรณ์..... คน

(๗) การแพทย์แผนจีน..... คน

(๘) อื่นๆ..... คน

เป็นผู้ให้บริการและเปิดให้บริการเวลาระหว่าง น.

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น