

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

**หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
กรณีผู้รับอนุญาตตาย**

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

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

 สัญชาติ อายุ ปี ๑.๒ นิตินิติบุคคล.....โดย (๑) เลขประจำตัว

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

และ (๒) เลขประจำตัว

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

เป็นนิติบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

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

๒. มีความประสงค์ขอประกอบกิจการสถานพยาบาลของ ผู้รับอนุญาตซึ่งตายตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

สถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เตียงลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน

 สำเนาบัตรประจำตัว สมุดทะเบียนสถานพยาบาล สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาใบมรณะบัตรของผู้รับอนุญาต ใบรับรองแพทย์ ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

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

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ