

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง แจ้งเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

ข้าพเจ้า ชื่อ.....

เลขประจำตัว..... สัญชาติ.....อายุ.....ปี

เป็นผู้รับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลตามใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

มีความประสงค์จะเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล เนื่องจาก

.....
ทั้งนี้ตั้งแต่..... เป็นต้นไป

ข้าพเจ้าได้แจ้งความประสงค์การเลิกดำเนินการสถานพยาบาล แก่ (ชื่อ-สกุล)

.....
ซึ่งเป็นผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว โดยผู้ประกอบ

กิจการสถานพยาบาลรับทราบแล้ว ทั้งนี้ตั้งแต่.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆมาด้วยจำนวน.....ฉบับ

.....
.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลายมือชื่อ.....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล