เขียนที่.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งเลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

ข้าพเจ้า ชื่อ.....

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

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ใน สาขา.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

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

มีความประสงค์ลาออกจากสถานพยาบาล.....

เนื่องจาก.....

ทั้งนี้ตั้งแต่.....เป็นต้นไป

ข้าพเจ้าได้แจ้งความประสงค์การเลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลนี้ แก่ผู้ประกอบการสถานพยาบาล (ชื่อ-สกุล).....

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว โดยผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรับทราบแล้ว ทั้งนี้ตั้งแต่.....เป็นต้นไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำนวน.....ฉบับ

.....

.....

.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้ประกอบวิชาชีพ