

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

## คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า  (บุคคลธรรมดา).....

(นิติบุคคล).....

โดย.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สถานพยาบาลชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาต.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขนาด.....เตียง หมายเลขโทรศัพท์.....

ชื่อผู้ดำเนินการ.....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี.....

จำนวน.....บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท (กรณีมาชำระภายหลังวันที่ ๓๑ ธันวาคม)

๓. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมนี้ ได้แก่

ส.พ. ๘

ส.พ. ๙

ส.พ.๒๓ (รายงานประจำปี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน

(.....)

หมายเหตุ : กรณีมอบให้ผู้อื่นมาชำระแทน ต้องนำใบมอบฉันทะติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาทด้วย

ใบสำคัญรับเงิน

เล่มที่.....

เลขที่.....

วันที่...../...../.....

ได้รับหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมตามแบบ

ส.พ.12 และสมุดทะเบียนสถานพยาบาลแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(.....)

วันที่...../...../.....