

หลักฐานการรับคำขออนุญาต

ขอเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

สถานที่ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เลขรับ.....วันที่รับเอกสาร.....วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

 เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

 เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้......
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

วันที่...../...../.....

รายการเอกสาร/หลักฐานการ

- | | | | |
|--------------------------|--|---|------|
| <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ (ส.พ.๑๐)” ฉบับ | ๑ | |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ฉบับ | ๑ | ฉบับ |
| | ● กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร | ๑ | ชุด |
| | ● กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัด ทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน | ๑ | ชุด |
| <input type="checkbox"/> | หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล | ๑ | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ตัวจริง) | ๑ | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | สมุดทะเบียนสถานพยาบาล | ๑ | เล่ม |
| <input type="checkbox"/> | | | |

แบบ
ส.พ. ๑๐

เลขรับที่
วันที่

.....
.....

.....
..... ลงชื่อผู้รับคำ

ขอ

คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

.....
.....
วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า
 ๑.๑ ชื่อ

เลขประจำ

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

 อายุ

สัญชาติ
ปี

๑.๒ นิติบุคคล

โดย (๑)

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

..... เลขประจำตัว

และ (๒)

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

..... เลขประจำตัว

เป็นนิติบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ
..... เลขทะเบียน

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพ บาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เดี่ยว

ลักษณะของสถานพยาบาล

ตามใบอนุญาตที่
ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ

ตั้ง

.....
อยู่เลขที่ หมู่ที่

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

.....
อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร ไปรษณีย์

อิเล็กทรอนิกส์

.....
๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น

.....
 เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต เป็น

.....
 เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ตามที่ทางราชการกำหนด)

การเปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย
เป็น

.....
 เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น

.....
 อื่นๆ

.....
พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

.....
(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(
.....)