

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับ
ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว

อายุ ปี สัญชาติ อยู่เลขที่ ซอย..... ตรอก

ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

ขอแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพื่อเป็นสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ พนักงานลูกจ้างหรือ
บุคคลที่เกี่ยวข้อง จำนวน คน

ณ สถานพยาบาล ตั้งอยู่ที่

ซอย ตรอก ถนน หมู่ที่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่ามี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ปฏิบัติงาน

- | | | | |
|-------------------------|----|----------------------------|----|
| ๑. แพทย์ | คน | ๒. พยาบาล | คน |
| ๓. ทันตแพทย์ | คน | ๔. เภสัชกร | คน |
| ๕. นักกายภาพบำบัด | คน | ๖. นักเทคนิคการแพทย์ | คน |
| ๗. แพทย์แผนไทย | คน | - เภสัชกรรมไทย | คน |
| - เวชกรรมไทย | คน | - การนวดไทย | คน |
| - การผดุงครรภ์ไทย..... | คน | - การแพทย์พื้นบ้านไทย..... | คน |

๘. แพทย์แผนไทยประยุกต์

๙. ผู้ประกอบโรคศิลปะ

(๑) กิจกรรมบำบัด

(๒) การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย.....

(๓) เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

(๔) รังสีเทคนิค

(๕) จิตวิทยาคลินิก

(๖) กายอุปกรณ์.....

(๗) การแพทย์แผนจีน.....

(๘) อื่นๆ.....

เป็นผู้ให้บริการและเปิดให้บริการเวลาระหว่าง น.

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น