

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

แบบแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ  
สำหรับสถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ใช้นานพาทนะเป็น  
ที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอเพื่อการตรวจดูแลสุขภาพ การส่งเสริมหรือ  
การป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปีระหว่าง  
สถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว .....

อายุ ..... ปี ..... สัญชาติ ..... อยู่เลขที่ ..... ซอย..... ตรอก .....  
ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

ขอแจ้งแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสำหรับสถานพยาบาลเคลื่อนที่  
ของสถานพยาบาลประเภท.....ที่ใช้นานพาทนะ เป็นที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอ  
เพื่อการตรวจดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล การส่งเสริมหรือการป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพ  
หรือการตรวจสุขภาพประจำปีระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ดังนี้

(๔) วัน เวลาในการออกให้บริการ ระหว่าง.....ถึงวันที่.....

(๕) สถานที่ในการออกให้บริการ ณ.....

(๖) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๒ วิชาชีพเวชกรรม ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

\* หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ให้นำใบที่แจ้งมาแสดงและแจ้งการเปลี่ยนแปลง  
ในวันทีออกให้บริการด้วย

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับแจ้ง

( ..... )

ผู้อนุญาต