

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต

เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ

ในประเภท 2

ในประเภท 5 (เฉพาะกัญชา)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการชื่อ.....ได้รับอนุญาตให้.....

.....ตามใบอนุญาตที่.....

ณ สถานที่ชื่อ.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข

2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

- กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล ได้แก่

2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป

- รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร

- รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง

- กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

()

(ผู้ดำเนินการกิจการ)

กรณีนิติบุคคล

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
<input type="checkbox"/> กรณียื่นเอกสารด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก	<input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืบเอกสารคำขอ
<input type="checkbox"/> ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ <input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง	ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....	
ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....	
<input type="checkbox"/> กรณีส่งทางไปรษณีย์ ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดส่งภายใน 20 วันทำการ นับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ () แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข..... ผู้รับเรื่อง..... () แจ้งทางโทรสาร หมายเลข..... () แจ้งทางไปรษณีย์	