เขียนที่.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรื่อง แจ้งเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

ข้าพเจ้า ชื่อ.....

เลขประจำตัว.....สัญชาติ.....อายุ.....ปี

เป็นผู้รับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลตามใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่..... เดือน.....พ.ศ. .....

ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์จะเลิกเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล เนื่องจาก

.....

ทั้งนี้ตั้งแต่.....เป็นต้นไป

ข้าพเจ้าได้แจ้งความประสงค์การเลิกดำเนินการสถานพยาบาล แก่ (ชื่อ–สกุล)

.....

ซึ่งเป็นผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว โดยผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรับทราบแล้ว ทั้งนี้ตั้งแต่.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆมาด้วยจำนวน.....ฉบับ

.....

.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลายมือชื่อ.....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ