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

คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี .....

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

1. ข้าพเจ้า (ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

☐ บุคคลธรรมดา)ชื่อ .....เลขบัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐(นิติบุคคล) ชื่อ .....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

1. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

สถานพยาบาล(คลินิก) ชื่อ .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐คลินิกตั้งอยู่เลขที่ .....หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน .....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต .....

จังหวัด สุโขทัย โทรศัพท์ .....ปัจจุบันมีผู้ดำเนินการคลินิกชื่อ .....

2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี .....

จำนวน ..... บาท และเงินเพิ่มจำนวน .....บาท (กรณีมาชำระภายหลังวันที่ 31 ธันวาคม ต้องชำระเงินเพิ่มเดือนละ 25 บาท)

3. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

☐ 3.1 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบส.พ.7)

☐ 3.2 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (แบบส.พ.8 หรือ แบบส.พ.9)

☐ 3.3 รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาล (แบบส.พ.23 หรือ แบบส.พ.24)

☐ 3.4 แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี .....

☐ อื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ .....

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการฯ

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน

(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ใบสำคัญรับเงินเล่มที่ ..... เลขที่ .....

จำนวนเงิน .....บาท วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ลงรายการ/มอบแบบส.พ.12.....

ข้าพเจ้าได้รับ
☐ ส.พ.12 เลขที่ .....
☐ ได้รับสมุดทะเบียนสถานพยาบาลคืนแล้ว
ลงชื่อ.....ผู้รับคืน
(.....)
วันที่ ...../...../.....