



ที่ สธ ๐๗๐๖.๐๓/

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญร่วมตรวจสถานพยาบาล (คลินิก)

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาคำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและแผนที่ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่มีผู้ยื่นคำขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับ
ผู้ป่วยไว้ค้างคืน คลินิก..... ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่
.....นั้น

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ได้กำหนดวันตรวจ
สถานที่ตามคำขอในวันที่.....สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา น. ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านหรือ
ผู้แทน ในสาขา..... ไปร่วมตรวจสถานพยาบาล ในเวลา.....น.
โดยเบิกค่าใช้จ่ายการเดินทางไปราชการจากกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและเชิญร่วมตรวจสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ในวัน เวลา ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๗,๑๘๔๒๔

