



แบบคำร้องขอเปลี่ยนสถานพยาบาลหลักของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวผู้ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล

๑. ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,นางสาว,เด็กชาย,เด็กหญิง).....

เลขประจำตัวบุคคล - - - - -

วัน/เดือน/ปี เกิด.....อาชีพ.....

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

๓. เหตุผลการเปลี่ยนสถานพยาบาล

ต้องการเปลี่ยนโรงพยาบาล/สถานเอนามัย เนื่องจากได้รับอนุญาตให้ย้ายที่อยู่

อื่นๆระบุ.....

๔. หน่วยบริการที่ต้องการเปลี่ยน

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานเอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล

.....

๒. โรงพยาบาล.....

หลักฐานประกอบการขอเปลี่ยนสถานพยาบาล

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสูติบัตร

หรือบัตรที่ทางราชการออกให้มีเลข

ประจำตัวบุคคล ๑๓ หลัก และมีรูปถ่าย

๒. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับปัจจุบัน

๓. ใบอนุญาตออกนอกเขต

๔. หลักฐานอื่นๆตามที่กำหนดเช่น สำเนา

แบบ ๘๘ เป็นต้น

ลงชื่อ.....ผู้ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)