เลขที่รับ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง

คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ
ในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ นาย / นาง / นางสาว .....

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... ถนน .....

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

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

๑.๒ นิติบุคคล .....

โดย (๑) นาย / นาง /นางสาว ..... สกุล .....

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) นาย / นาง /นางสาว ..... สกุล .....

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต เป็นนิติบุคคลประเภท .....

จดทะเบียนเมื่อ ..... เลขทะเบียน .....

๒. เป็นผู้ประกอบการสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ประเภท.....

โดยใช้ชื่อสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นภาษาไทยว่า .....

ภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี)ว่า .....

ใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่.....

ที่ตั้งสถานประกอบการเลขที่ .....ซอย..... ถนน .....ตำบล / แขวง.....

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

โทรศัพท์ .....โทรสาร.....

๓. มีความประสงค์ขอเปลี่ยนผู้ดำเนินการในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง **จาก**

นาย / นาง /นางสาว ..... สกุล .....

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เลขที่ .....

วัน/เวลาที่ให้บริการเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (โปรดระบุรายละเอียด วัน/เวลาทำการ).....

เป็น นาย / นาง /นางสาว ..... สกุล .....

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เลขที่ .....ออกให้ ณ วันที่.....

วัน/เวลาที่ให้บริการเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (โปรดระบุรายละเอียด วัน/เวลาทำการ).....

๔. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

๔.๑ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการ (คนใหม่) และผู้รับอนุญาต (พร้อมรับรอง)

๔.๒ ☐ ใบรับรองแพทย์ผู้ดำเนินการฯ (ตัวจริง)

๔.๓ ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (พร้อมรับรอง)

๔.๔ ☐ สำเนาใบอนุญาตผู้ดำเนินการในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (พร้อมรับรอง)

๔.๕ ☐ หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

๔.๖ ☐ อื่นๆ (ถ้ามี).....

ลายมือชื่อ..... ผู้รับอนุญาตฯ

( )