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

คำขอยกเลิกเป็นผู้ดำเนินการ
ในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... สกุล .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ อายุ ..... ปี สัญชาติ .....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ .....ถนน..... ตำบล / แขวง.....

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

โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เลขที่ .....

ออกให้ ณ วันที่ .....

๒. เป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ชื่อภาษาไทยว่า.....

ภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี)ว่า .....

ใบอนุญาตสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

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

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

โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

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

มีความประสงค์ขอยกเลิกการเป็นผู้ดำเนินการสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ณ สถานประกอบการดังกล่าวตั้งแต่วันที่ ..... เป็นต้นไป

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

๓.๑ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมรับรอง)

๓.๒ ☐ อื่นๆ ถ้ามี.....

ลงลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)