.....ชื่อสถานประกอบการ.....
เลขที่ตั้ง.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

วันที่ .....

เรียน .....

ตามที่.....ได้รับอนุญาตประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ในวันที่..... เลขที่ใบอนุญาต สส.....นั้น

ในการนี้ สถานประกอบการ.....มีความประสงค์ขอ

☐ เพิ่มผู้ให้บริการ จำนวน.....คน ดังนี้

1. ชื่อ – สกุล.....บัตรประชาชนเลขที่.....เลขที่ใบอนุญาต.....

2.ชื่อ – สกุล.....บัตรประชาชนเลขที่.....เลขที่ใบอนุญาต.....

3.ชื่อ – สกุล.....บัตรประชาชนเลขที่.....เลขที่ใบอนุญาต.....

☐ ยกเลิกจำนวนผู้ให้บริการ จำนวน.....คน ดังนี้

1. ชื่อ – สกุล.....บัตรประชาชนเลขที่.....เลขที่ใบอนุญาต.....

2.ชื่อ – สกุล.....บัตรประชาชนเลขที่.....เลขที่ใบอนุญาต.....

3.ชื่อ – สกุล.....บัตรประชาชนเลขที่.....เลขที่ใบอนุญาต.....

รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วยความเคารพอย่างสูง

.....
(.....)
วันที่.....

ทะเบียนประวัติผู้ให้บริการในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

ชื่อสถานประกอบการ.....เลขที่ใบอนุญาต .....

เลขที่ตั้ง.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนเตียงที่ได้รับอนุญาต.....เตียง จำนวนผู้ให้บริการในสถานประกอบการ.....คน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	เลขที่ใบรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้รับบริการ (สพส.14)	วันที่เริ่มปฏิบัติงาน	หมายเหตุ

อัพเดตเมื่อวันที่ .....ลายมือชื่อผู้ทำทะเบียน.....

หมายเหตุอัพเดตเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565