

โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

.....

3. ลักษณะสถานพยาบาล.....ขนาดจำนวนเตียง
.....เตียง
4. ขอสมัครเข้าร่วมการขยายเวลาพำนักในราชอาณาจักร รวม 90 วัน สำหรับผู้ป่วยและผู้ติดตามกรณีเดินทางเข้ามารับการรักษายาบาลในกลุ่มประเทศ CLMV และประเทศจีน
5. พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ
 - 5.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - 5.2 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำ

ขอ

(.....)

วันที่.....

พร้อมประทับตราสถานพยาบาล

(โดยภายหลังจากท่านสมัครแล้ว กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะจัดทำบัญชีของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการขยายเวลาพำนักในประเทศไทย และประกาศรายชื่อสถานพยาบาลตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อไป)

-2-

หมายเหตุ

- 1) ระบุชื่อ-สกุลผู้ประสานงานของสถานพยาบาล
 - 1.1 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง
.....
โทรศัพท์.....โทรสาร
.....
 - 1.2 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง
.....
โทรศัพท์.....โทรสาร
.....
- 2) ท่านสามารถส่งแบบฟอร์มในการสมัคร กลับมาที่ กองสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ 3 วิธี
 - 2.1 ทางจดหมาย : ที่อยู่ กองสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ชั้น 5 สาธารณสุขซอย 8
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

2.2 ทางโทรศัพท์ : 0 2149 5630

2.3 ทาง E-mail : medicalhub.hss@gmail.com **สะดวกทางอีเมลมากกว่า

****ปิดรับสมัครวันที่ 12 เมษายน 2560**

สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ https://hss.moph.go.th/show_fileupload.php