

เลขรับ.....
วันที่.....
ผู้รับ.....

เขียนที่.....
.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งเลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า ชื่อ.....

เลขประจำตัวประชาชน..□□□□□□□□□□□□□□. สัญชาติ.....อายุ.....ปี

เป็นผู้มีใบประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ สาขา.....

เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์ขอลเลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาล เนื่องจาก.....

.....

ทั้งนี้ตั้งแต่.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลายมือชื่อ.....
(.....)

ผู้ประกอบวิชาชีพ