

รูปที่.....
วันที่.....
เวลา.....

เอกสารการขอต่ออายุ

ใบอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

๑. สถานพยาบาลสัตว์ ชื่อ (ภาษาไทย)
ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ ซอย ถนน
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เวลาทำการ.....โทร.....มือถือ.....
๒. ชื่อผู้ขอตั้ง
๓. ชื่อผู้ขอดำเนินการ
๔. หลักฐานเอกสารประกอบการยื่นขอใบอนุญาต
 - ๔.๑ ใบอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (ฉบับเดิมที่หมดอายุ)
 - ๔.๒ คำขอต่ออายุใบอนุญาตตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (แบบ สส.๕)
 - ๔.๓ รูปถ่าย ๔ x ๕ ซม. ๓ รูป (แต่งกายสุภาพ และถ่ายก่อนวันยื่นไม่เกิน ๖ เดือน)
 - ๔.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - ๔.๕ สำเนาทะเบียนบ้าน
 - ๔.๖ เอกสารแสดงสิทธิในอาคาร (สัญญาเช่า โฉนดที่ดิน หนังสือยินยอมให้ใช้อาคาร)
 - ๔.๗ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (ถ้ามี)
 - ๔.๘ แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (แบบ ๑/๑)
 - ๔.๙ แผนผังแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยภายในอาคารสถานพยาบาลสัตว์ (แบบ ๑/๒)
 - ๔.๑๐ รายชื่อ เวลาทำการ ของผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ทุกคน (แบบ๑/๓)
 - ๔.๑๑ หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์ทุกคน(แบบ ๑/๔)
 - ๔.๑๒ วัน-เวลา ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสัตว์ของผู้ดำเนินการ (แบบ ๒/๑)
๕. สำเนาใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ทุกคน (จำนวน ฉบับ)
 - ๕.๑ ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....หมดอายุ.....
 - ๕.๒ ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....หมดอายุ.....
 - ๕.๓ ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....หมดอายุ.....
 - ๕.๔ ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....หมดอายุ.....

.....
(.....)

ผู้ขอตั้งสถานพยาบาลสัตว์



ให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์

คำขอต่ออายุใบอนุญาต

ให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์

ที่ไม่มีที่พักสัตว์ป่วยไว้ค้างคืน

เป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

ที่มีที่พักสัตว์ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....

เพื่อประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้น.....สาขา.....

ชื่อสถานพยาบาลสัตว์.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....

ตามใบอนุญาตเลขที่.....

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไป

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วยแล้ว คือ

(๑) ใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

(๒) รูปถ่าย ขนาด ๔ x ๕ เซนติเมตร หน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาดำซึ่งถ่ายก่อนวันยื่นคำขอไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป

(๓) สำเนาบัตรประชาชน

(๔) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาตตั้งและดำเนินการ

(๕) สมุดทะเบียนสถานพยาบาลสัตว์

(๖) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

หมายเหตุ ข้อความใดที่ต้องการ ให้ทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง นั้น

แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลสัตว์

สถานพยาบาลสัตว์ ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ.....

สิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง.....

แผนผังแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยภายในอาคารสถานพยาบาลสัตว์

แผนผังแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยภายในอาคารสถานพยาบาลสัตว์ ประกอบด้วย ส่วนพักรอ ห้องตรวจรักษา ห้องผ่าตัด ห้องเวชภัณฑ์ ห้องปฏิบัติการ ห้องเอกซเรย์ ห้องพักระหว่างป่วย ห้องพักระหว่างแพทย์ เป็นต้น ให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร

รายชื่อและเวลาทำการของผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ทุกคน

๑. เวลาทำการของสถานพยาบาลสัตว์

วัน.....

เวลา.....

๒. รายชื่อผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

๒.๑ ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

วัน-เวลาทำการ.....

๒.๒ ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ทุกคน

๒.๒.๑ ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๒ ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๓ ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๔ ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๕ ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๖ ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๗ ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

**หนังสือแสดงความจำนง
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์**

เขียนที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

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

ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์เลขที่.....

ออกให้วันที่.....หมดอายุวันที่.....

ขอแสดงความจำนงเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

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

- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นหนึ่งที่ไม่มีที่พักระหว่างป่วย (๐๑)
- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นหนึ่งที่มีที่พักระหว่างป่วยไม่เกิน ๑๐ ที่ (๐๒)
- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นหนึ่งที่มีที่พักระหว่างป่วยเกิน ๑๐ ที่ (๐๓)
- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นสอง (๐๔)

เลขที่ใบอนุญาตตั้ง / ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

ออกให้วันที่.....หมดอายุวันที่.....

โดยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์นี้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

มีวันและเวลาทำการ ดังนี้ วันจันทร์ เวลา..... วันอังคาร เวลา..... วันพุธ เวลา..... วันพฤหัสบดี เวลา..... วันศุกร์ เวลา..... วันเสาร์เวลา..... วันอาทิตย์ เวลา.....

พร้อมนี้ได้แนบสำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....

.....

ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

**วัน – เวลา ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสัตว์
ของผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์**

ชื่อผู้ดำเนินการ.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....

หมู่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ.....

ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์เลขที่.....ออกให้.....หมดอายุ.....

ขอยืนยันว่าเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์.....แห่ง คือ

สถานพยาบาลสัตว์แห่งที่ ๑ ชื่อ.....ประเภท.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ.....

เวลาทำการสถานพยาบาลสัตว์.....

เลขที่ใบอนุญาตตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์.....ออกให้.....หมดอายุ.....

โดยมีวันและเวลาทำการ ดังนี้ วันจันทร์ เวลา.....

วันอังคาร เวลา..... วันพุธ เวลา.....

วันพฤหัสบดี เวลา..... วันศุกร์ เวลา.....

วันเสาร์เวลา..... วันอาทิตย์ เวลา.....

สถานพยาบาลสัตว์แห่งที่ ๒ ชื่อ.....ประเภท.....

อยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ.....

เวลาทำการสถานพยาบาลสัตว์.....

เลขที่ใบอนุญาตตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์.....ออกให้.....หมดอายุ.....

โดยมีวันและเวลาทำการ ดังนี้ วันจันทร์ เวลา.....

วันอังคาร เวลา..... วันพุธ เวลา.....

วันพฤหัสบดี เวลา..... วันศุกร์ เวลา.....

วันเสาร์เวลา..... วันอาทิตย์ เวลา.....

.....
(.....)

ผู้ขอดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์