

แบบฟอร์ม ขอยกเลิก หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เขตสุขภาพที่ จังหวัด

ผู้ยื่นคำร้องขอยกเลิกหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ)

ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามประกาศ

หน่วยบริการปฐมภูมิ ชื่อ

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ชื่อ

** รหัสหน่วยบริการ ๕ หลัก (ที่ต้องการยกเลิก).....

** รหัส ๗ หลัก (ที่ต้องการยกเลิก).....

ประกอบด้วยหน่วยบริการภายในดังนี้ (เฉพาะเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตำแหน่ง)

แม่ข่ายทีม ๑.รหัส ๕ หลัก ๔.รหัส ๕ หลัก.....

๒.รหัส ๕ หลัก..... ๕.รหัส ๕ หลัก.....

๓.รหัส ๕ หลัก..... ๖.รหัส ๕ หลัก.....

ตามประกาศ ครั้งที่/..... ปีงบประมาณ ลงวันที่เดือน พ.ศ.

หน้า (ในประกาศ)

ข้าพเจ้าขอยกเลิก

หน่วยบริการปฐมภูมิ /เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามรายชื่อด้านบน

เหตุผล/ความจำเป็น.....

.....

หมายเหตุ

- ๑ การยกเลิกหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ได้ออกประกาศไปแล้ว ให้แจ้งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้แนบบแบบฟอร์ม พร้อมระบุเหตุผลความจำเป็น
- ๒ แบบฟอร์ม ๑ ฉบับ ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ๓ เลือกทำเฉพาะข้อ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ต้องการแก้ไขเท่านั้น

()

หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

()

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

