

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอสมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลรองรับการขยายเวลาพำนักในราชอาณาจักร รวม ๙๐ วัน  
 สำหรับผู้ป่วยและผู้ติดตามกรณีเดินทางเข้ามารับการรักษายาบาลในกลุ่มประเทศ CLMV และประเทศจีน

เขียนที่.....  
 .....  
 .....

๑. ข้าพเจ้า (ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

๑.๑ ชื่อ.....

เลขประจำตัว                 สัญชาติ.....อายุ.....ปี

๑.๒ นิตินุคคล.....

โดย (๑).....เลขประจำตัว

โดย (๒).....เลขประจำตัว

เป็นนิตินุคคลประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ.....เลขทะเบียน.....

๒. สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๓. ลักษณะสถานพยาบาล.....ขนาดจำนวนเตียง.....เตียง

๔. ขอสมัครเข้าร่วมการขยายเวลาพำนักในราชอาณาจักร รวม ๙๐ วัน สำหรับผู้ป่วยและผู้ติดตาม  
 กรณีเดินทางเข้ามารับการรักษายาบาลในกลุ่มประเทศ CLMV และประเทศจีน

๕. พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

๕.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๕.๒ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

พร้อมประทับตราสถานพยาบาล

(โดยภายหลังจากท่านสมัครแล้ว กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะจัดทำบัญชีของสถานพยาบาลที่เข้าร่วม  
 การขยายเวลาพำนักในประเทศไทย และประกาศรายชื่อสถานพยาบาลตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อไป)

**หมายเหตุ**

๑) ระบุชื่อ-สกุลผู้ประสานงานของสถานพยาบาล

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๑.๒ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๒) ท่านสามารถส่งแบบฟอร์มในการสมัคร กลับมาที่ กองสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ ๓ วิธี

๒.๑ **ทางจดหมาย** : ที่อยู่ กองสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข  
อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ชั้น ๕ สาธารณสุขซอย ๘  
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ  
อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒.๒ **ทางโทรสาร** : ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๓๐

๒.๓ **ทาง E-mail** : [medicalhub.hss@gmail.com](mailto:medicalhub.hss@gmail.com) \*\*สะดวกทางอีเมลมากกว่า

**\*\*\*ปิดรับสมัครวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๐**

สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ [https://hss.moph.go.th/show\\_fileupload.php](https://hss.moph.go.th/show_fileupload.php)