เขียนที่.................................................

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

เรื่อง แจ้งเลิกเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

 ข้าพเจ้าชื่อ....................................................................................................................................

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

อยู่บ้านเลขที่...................................................หมู่ที่............ซอย/ตรอก..........................ถนน.......................................ตำบล..................อำเภอ...........................จังหวัด.......................รหัสไปรษณีย์..................โทรศัพท์.............................

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขา........................................................................................................................................

ณ สถานพยาบาล ชื่อ...............................................................................ตั้งอยู่เลขที่....................หมู่ที่......................

ซอย/ตรอก..................................ถนน...................................ตำบล/แขวง..................................................................

อำเภอ.........................................................จังหวัด....................................................รหัสไปรษณีย์..........................

โทรศัพท์................................................โทรสาร..................................ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์...................................

 มีความประสงค์จะแจ้งเลิกเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลชื่อ........................................................

เนื่องจาก.........…………………......…............................……..ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่......................................................เป็นต้นไป

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

 (ลายมือชื่อ)…………………………………………

 (……………………………………….)

 ผู้ประกอบวิชาชีพ