

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

**คำขอสมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลรองรับการขยายเวลาพำนักในประเทศไทยรวม ๙๐ วัน  
ในกรณีเดินทางเข้ามารับการรักษายาบาล สำหรับกลุ่มประเทศสมาชิก GCC**

เขียนที่.....  
.....  
.....

๑. ข้าพเจ้า (ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

๑.๑ ชื่อ.....

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

๑.๒ นิตินุบุคคล.....

โดย (๑).....เลขประจำตัว

โดย (๒).....เลขประจำตัว

เป็นนิตินุบุคคลประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ.....เลขทะเบียน.....

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

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

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

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

๔. ขอสมัครเข้าร่วมการขยายเวลาพำนักในประเทศไทยรวม ๙๐ วัน สำหรับกรณีเดินทางเข้ามารับการ  
รักษายาบาลสำหรับกลุ่มประเทศสมาชิก GCC

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 **ทาง E-mail** : [medicalhub๗๐๒@gmail.com](mailto:medicalhub๗๐๒@gmail.com)