

รับที่.....
วันที่.....
เวลา.....

## เอกสารขอดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

ชื่อผู้ขอดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์.....  
สถานพยาบาลสัตว์ ชื่อ (ภาษาไทย).....  
อยู่เลขที่..... หมู่..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทร..... มือถือ.....  
เวลาทำการสถานพยาบาลสัตว์.....  
จะเปิดดำเนินการในวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

1. คำขอดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (แบบ สส 2.)
2. รูปถ่าย 4 x 5 ซม. 2 รูป
3. สำเนาทะเบียนบ้าน
4. วัน - เวลา ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสัตว์ของผู้ดำเนินการ (แบบ 2/1)
5. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง (ก) หรือสำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นสอง สาขา อายุรกรรม-ศัลยกรรม (2 สาขา) และ/หรือ สาขาสูติกรรม

.....  
( ผู้ขอดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ )



## คำขอดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

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

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

โทรศัพท์.....

เป็นผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ ชั้น.....สาขา.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

 ที่ไม่มีที่พักรักษาป่วยไว้ค้างคืน

ขออนุญาตเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

 ที่มีที่พักรักษาป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....ที่

ชั้น.....สาขา.....

ชื่อสถานพยาบาลสัตว์.....

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

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

โทรศัพท์.....

ขณะนี้ข้าพเจ้า

 ไม่เคยเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

 เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์อยู่แล้ว .....แห่ง

ประเภท.....ตามใบอนุญาตเลขที่.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (1) รูปถ่ายขนาด 4 x 5 เซนติเมตร หน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาซึ่งถ่ายก่อนวันยื่นคำขอไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 รูป
- (2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (3) บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับวัน และเวลาปฏิบัติงานประจำในสถานพยาบาลสัตว์แต่ละแห่ง (ในกรณีเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์มากกว่าหนึ่งแห่ง)

- (4) สำเนาหรือภาพถ่ายใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์
- (5) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

---

**หมายเหตุ** ข้อความใดที่ต้องการ ให้ทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง  นั้น

## วัน – เวลา ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสัตว์ ของผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

ชื่อผู้ดำเนินการ.....อายุ.....ปี

อยู่เลขที่.....หมู่.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ.....

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

ขอยืนยันว่าเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ .....แห่ง คือ

1.สถานพยาบาลสัตว์ ชื่อ.....ประเภท.....

อยู่เลขที่.....หมู่.....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.....

2.สถานพยาบาลสัตว์ ชื่อ.....ประเภท.....

อยู่เลขที่.....หมู่.....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