

รับที่.....
วันที่.....
เวลา.....

**เอกสารการขอต่ออายุ**  
**ใบอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์**

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

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้..... หมดอายุ.....

อยู่เลขที่..... หมู่..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทร..... มือถือ.....

เวลาทำการสถานพยาบาลสัตว์.....

ชื่อผู้ขอตั้ง.....

ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์.....

1. คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ ( แบบสส. 5 )
2. รูปถ่าย 4 x 5 ซม. 3 รูป
3. เอกสารแสดงสิทธิในอาคาร (  สัญญาเช่า  โฉนดที่ดิน  หนังสือยินยอมให้ใช้อาคาร)
4. แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (แบบ 1/1)
5. แผนผังส่วนต่าง ๆ ภายในสถานพยาบาลสัตว์ (แบบ 1/2)
6. รายชื่อ เวลาทำการ ของผู้ประกอบการสัตวแพทย์ทุกคน (แบบ1/3)
7. หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์ทุกคน ( แบบ 1/4 )
8. สำเนาใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ทุกคน (จำนวน ..... ฉบับ )
  - 8.1 ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต..... หมดอายุ.....
  - 8.2 ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต..... หมดอายุ.....
  - 8.3 ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต..... หมดอายุ.....
  - 8.4 ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต..... หมดอายุ.....
9. ใบอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (ฉบับเดิมที่หมดอายุ)
10. วัน - เวลา ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสัตว์ของผู้ดำเนินการ (แบบ 2/1)

และขอรับรองว่าสถานที่ขอตั้งสถานพยาบาลสัตว์ ไม่ได้รับใบอนุญาตให้ขายอาหารสัตว์

.....  
( ผู้ขอตั้งสถานพยาบาลสัตว์ )

นัดตรวจสถานพยาบาลสัตว์.....



คำขอต่ออายุใบอนุญาต  ให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์  
 เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์.....

- เป็นผู้รับอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์  ที่ไม่มีที่พักระบาดสัตว์ป่วยไว้ค้างคืน  
 เป็นผู้รับอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์  ที่มีที่พักระบาดสัตว์ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....

เพื่อประกอบการบำบัดโรคสัตว์ ชั้น.....สาขา.....  
ชื่อสถานพยาบาลสัตว์.....  
ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์.....

ตามใบอนุญาตเลขที่.....

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไป

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วยแล้ว คือ

- (1)  ใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์  
 ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

(2) รูปถ่าย ขนาด 4 x 5 เซนติเมตร หน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาซึ่งถ่ายก่อนวันยื่นคำขอไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 รูป

- (3) เอกสารอื่นๆ ( ถ้ามี )

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

หมายเหตุ ข้อความใดที่ต้องการ ให้ทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง  นั้น

## แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลสัตว์

สถานพยาบาลสัตว์ ชื่อ.....  
อยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ.....  
จุดสังเกต.....

## แผนผังแสดงส่วนต่างๆภายในสถานพยาบาลสัตว์

ส่วนต้อนรับ – พักรอ

ส่วนรักษาสัตว์

ห้องรักษา

ห้องผ่าตัด

ห้องเตรียมยา

ห้องแล็บ

ห้องเวชภัณฑ์

ห้องพักสัตว์ป่วย

ห้องพักแพทย์

ห้องเก็บอุปกรณ์

## รายชื่อและเวลาทำการของผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ทุกคน

1. เวลาทำการของสถานพยาบาลสัตว์

วัน.....

เวลา.....

2. รายชื่อผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

1. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ .....

วัน-เวลาทำการ.....

2. ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ทุกคน

2.1 ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

2.2 ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

2.3 ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

2.4 ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

2.5 ชื่อ.....วัน - เวลาทำการ.....

## หนังสือแสดงความจำนง เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์

เขียนที่ .....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....อายุ .....ปี

ที่อยู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

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

ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์เลขที่.....

ออกให้วันที่.....หมดอายุวันที่.....

ขอแสดงความจำนงเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ.....

ที่อยู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

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

- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นหนึ่งที่ไม่มีที่พักระหว่างป่วย (๐๑)
- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นหนึ่งที่มีที่พักระหว่างป่วยไม่เกิน ๑๐ ที่ (๐๒)
- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นหนึ่งที่มีที่พักระหว่างป่วยเกิน ๑๐ ที่ (๐๓)
- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นสอง (๐๔)

เลขที่ใบอนุญาตตั้ง / ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ .....

ออกให้วันที่.....หมดอายุวันที่.....

โดยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์นี้ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

มีวันและเวลาทำการ ดังนี้  วันจันทร์ เวลา.....

วันอังคาร เวลา.....  วันพุธ เวลา.....

วันพฤหัสบดี เวลา.....  วันศุกร์ เวลา.....

วันเสาร์ เวลา.....  วันอาทิตย์ เวลา.....

พร้อมนี้ได้แนบสำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

**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