

คำขอรับรองเป็นหน่วยบริการปรึกษาทางเลือก ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือก ในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา ๓๐๕ (๕) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๖๕	(เฉพาะเจ้าหน้าที่) รับตรวจเอกสาร เลขทะเบียนรับ..... วันเดือนปีที่รับ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับ.....
---	---

เขียนที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

๑. ผู้ยื่นคำขอ

๑.๑ ข้าพเจ้า.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน _ _ _ _ _ สัญชาติ.....อายุ.....ปี

๑.๒ นิตិบุคคล.....

โดย (๑)เลขบัตรประจำตัวประชาชน _ _ _ _ _

และ (๒)เลขบัตรประจำตัวประชาชน _ _ _ _ _

เป็นนิติบุคคลประเภทจดทะเบียนเมื่อเลขทะเบียน.....

วัตถุประสงค์เพื่อ.....

๑.๓ อยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

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

๒. ขอยื่นคำขอต่อกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอรับรองเป็นหน่วยบริการปรึกษาทางเลือก ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือก ตามมาตรา ๓๐๕ (๕) แห่งประมวลกฎหมายอาญาพ.ศ. ๒๕๖๕ รายละเอียดดังต่อไปนี้

๒.๑ ชื่อหน่วยบริการปรึกษาทางเลือก.....

๒.๒ ที่ตั้งหน่วยบริการปรึกษาทางเลือก

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

วันและเวลาให้บริการ.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....

website..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

 มีวันและเวลาให้บริการ.....

๓. คุณสมบัติเฉพาะของหน่วยบริการให้คำปรึกษาทางเลือก

๓.๑ ลักษณะอาคารที่ตั้ง

 อาคารโดยเฉพาะ อาคารอยู่อาศัย ห้องแถว ตึกแถว ทาวน์เฮ้าส์/ทาวน์โฮม บ้านแฝด ศูนย์การค้า ตั้งอยู่ชั้นที่..... อาคารพาณิชย์.....ชั้น คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย คอนโดมิเนียมสำนักงาน อื่น ๆ

๓.๒ ระบบจัดเก็บข้อมูลให้คำปรึกษาทางเลือกประจำหน่วยบริการปรึกษาทางเลือก

มีระบบทะเบียนเป็นความลับ และสามารถค้นหาข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว เพื่อรองรับการตรวจสอบ

๓.๓ จำนวนของผู้ปฏิบัติงานที่ผ่านการขึ้นทะเบียนผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกกับกรมอนามัย จำนวน.....คน
รายชื่อดังต่อไปนี้

๑.เลขที่.....ว/ด/ป.....

๒.เลขที่.....ว/ด/ป.....

๓.เลขที่.....ว/ด/ป.....

๔.เลขที่.....ว/ด/ป.....

๕.เลขที่.....ว/ด/ป.....

๔. พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

สำเนาบัตรประชาชนของผู้บริหารหน่วยบริการปรึกษาทางเลือกที่ยื่นคำขอ
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

สำเนาทะเบียนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

แผนที่ตั้งและแผนผังของหน่วยบริการปรึกษาทางเลือก

หลักฐานผู้ผ่านการขึ้นทะเบียนผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกกับกรมอนามัย

ขอรับรองเอกสารและข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ: ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. ผู้ยื่นคำขอ ต้องเป็นผู้บริหารหน่วยบริการปรึกษาทางเลือก ได้แก่ ประธานกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
โดยมีหนังสือมอบหมายเป็นทางการ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในประกาศกระทรวงฯ ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือแก้ไขรายการดังต่อไปนี้

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๑.....

.....

ขอให้ส่งเอกสารหลักฐานดังกล่าวเพิ่มเติม ภายในวันที่เดือน.....ปี.....กรณีไม่สามารถดำเนินการได้ตามกำหนดให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๒.....

.....

ขอให้ส่งเอกสารหลักฐานดังกล่าวเพิ่มเติม ภายในวันที่เดือน.....ปี.....กรณีไม่สามารถดำเนินการได้ตามกำหนดให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

ผู้รับรอง

ผู้รับรอง

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

ตำแหน่ง อธิบดีกรมอนามัย

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....