



บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> อายุรกรรม                               | <input type="checkbox"/> ศัลยกรรม                  | <input type="checkbox"/> สูตินรีเวชกรรม     | <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม    |
| <input type="checkbox"/> แผนกเทคนิคการแพทย์                      | <input type="checkbox"/> แผนกออร์โธปิดิกส์         | <input type="checkbox"/> แผนกโรคผิวหนัง     | <input type="checkbox"/> แผนกการผสมเทียม |
| <input type="checkbox"/> แผนกกายภาพบำบัด                         | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทย        | <input type="checkbox"/> แผนกโภชนาการ       | <input type="checkbox"/> แผนกซีกฟอก      |
| <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยหนัก                           | <input type="checkbox"/> ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก  | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัดเล็ก     | <input type="checkbox"/> ห้องให้การรักษา |
| <input type="checkbox"/> ห้องทารกหลังคลอด                        | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ    | <input type="checkbox"/> ห้องไตเทียม        | <input type="checkbox"/> ห้องทันตกรรม    |
| <input type="checkbox"/> รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์            | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปิดหัวใจ        | <input type="checkbox"/> การสวนหัวใจ        | <input type="checkbox"/> รังสีบำบัด      |
| <input type="checkbox"/> การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า | <input type="checkbox"/> การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ | <input type="checkbox"/> ห้องเก็บศพ         |  |
| <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์              | <input type="checkbox"/> แผนกการนวด                | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนจีน |  |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....                            |  |   |  |

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) .....

ณ สถานพยาบาลชื่อ .....

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

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

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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว  | <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส.พ. ๖ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต  | พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน                           |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล   | และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบวิชาชีพ                                   |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  | <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล             |
| <input type="checkbox"/> สำเนาโฉดบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)  | <input type="checkbox"/> หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล          |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) |  |
| <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง   |  |
| <input type="checkbox"/> เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้  |  |
| (ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล  |  |
| (ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง   |  |
| (ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร   |  |
| (ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร   |  |
| (จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร   |  |
| (ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร  |  |
| (ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย  |  |

- กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
  - (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ตัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
  - (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ข้อบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
( ..... )

- หมายเหตุ
1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ
  2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ