

หลักฐานการรับคำขออนุญาต

- คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

สถานที่ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
เลขรับ..... วันที่รับเอกสาร..... วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

ได้รับเอกสารแล้ว เมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

เอกสารครบถ้วนถูกต้อง เมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๑.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ
วันที่...../...../.....

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๒.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ
วันที่...../...../.....

รายการเอกสารหลักฐาน

รายการเอกสารในส่วนของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

- สำเนาบัตรประชาชน (กรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท) ๑ ฉบับ/ชุด
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลตัวจริง ๑ ฉบับ
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ๑ เล่ม
- กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัด ทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด

รายการเอกสารในส่วนของผู้ขอรับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

- แบบ ส.พ.๑๘ ๑ ฉบับ
- แบบ ส.พ.๖ ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
- สำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ๑ ฉบับ
- สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง (ถ้ามี) ๑ ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์ ๑ ฉบับ
- รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี ๓ รูป
- รูปถ่าย ขนาดรูปถ่ายขนาด ๘ X ๑๓ เซนติเมตร (ครึ่งตัวหน้าตรง)ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี ๒ ใบ

การรับรองตัวเองของผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

- ผู้ขออนุญาตดำเนินการต้องมายื่นเรื่องด้วยตัวเอง (เมื่อวันที่
- ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้วสองแห่ง
- สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิดตลอดเวลาทำการของคลินิก
- เวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้ไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่เป็นผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลแห่งอื่น
- เวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้ ไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ(ผู้ทำการตรวจรักษา) ของสถานพยาบาลแห่งอื่น
- ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้อยู่ระหว่างการ ศึกษา/อบรม หรือ สอนหนังสือ ใดๆตลอดเวลาที่ขอดำเนินการ
- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการดำเนินการ และ ประกอบวิชาชีพ ในระบบสารสนเทศฯไม่ซ้ำซ้อน (เมื่อวันที่.....)

ข้าพเจ้ารับทราบและขอรับรองว่ามีคุณสมบัติตามข้อกำหนดดังกล่าว

.....
(.....)
ผู้ขออนุญาตดำเนินการ

กรณีต้องการแจ้งยกเลิกการปฏิบัติงาน (การประกอบวิชาชีพ) ของคนเก่า ให้เพิ่มเอกสารดังนี้

- แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๐) ๑ ฉบับ
ระบุชื่อผู้ที่จะยกเลิกใน ช่อง การเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพ

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี) | |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ อายุ ปี ๑.๒ นิตินบุคคล.....โดย (๑) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิตินบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเพียง

ลักษณะของสถานพยาบาล

ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

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

๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

 เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น..... เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต เป็น..... เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ตามที่ทางราชการกำหนด) การเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิปัตร หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย

เป็น.....

.....

.....

 เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น.....

.....

 อื่น ๆ

พร้อมกับคำขอข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง สมุดทะเบียนสถานพยาบาล สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าเลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่

ได้รับ หนังสืออนุมัติ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

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

ปัจจุบันข้าพเจ้า

 ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต จังหวัด มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของข้าพเจ้ามิได้อยู่ในระหว่าง พักใช้ หรือ เพิกถอน ใบอนุญาตฯ และ

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

 สำเนาบัตรประจำตัว สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ