หน้า ๑
สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก
ให้แนบมาพร้อมชุดคำขอ

หลักฐานการรับคำขออนุญาต เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล

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

☐ <u>เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ</u> เมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

☐ <u>เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง</u> ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือแก้ไขรายการดังต่อไปนี้.

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ
วันที่...../...../.....

รายการเอกสาร/หลักฐาน

- ❑ แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ (ส.พ.๑๐)” ๑ ฉบับ
- ❑ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
  - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
  - กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด
- ❑ แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๒๒)” ๑ ฉบับ
- ❑ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ๑ ฉบับ
- ❑ รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ครึ่งตัวหน้าตรง **ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร** (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี) ๓ รูป
- ❑ รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ครึ่งตัวหน้าตรง **ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร** (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี) ๑ รูป
- ❑ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ตัวจริง) ๑ ฉบับ
- ❑ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(ตัวจริง) ๑ ฉบับ
- ❑ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ๑ เล่ม
- ❑ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบชื่อสถานพยาบาลถูกต้องตามกฎกระทรวงฯ

แบบ ส.พ. ๑๐

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง

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 หรือผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย

เป็น.....

.....

.....

☐ เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น.....

.....

☐ อื่น ๆ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ☐ สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

แบบ ส.พ. ๒๒

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....

เลขประจำตัว | | | | | | | | | | | | | อายุ.....ปี สัญชาติ.....

ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่..... เดือน.....พ.ศ. .....

ลักษณะของสถานพยาบาล .....ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....

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

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

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

๒.มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

☐ การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น.....

☐ การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ เป็น.....

☐ การเปลี่ยนชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด เป็น.....

☐ การเปลี่ยนแปลงวัน เวลา ที่ให้บริการ เป็น.....

☐ อื่น ๆ.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)...(รูปถ่าย ขนาด ๒..๕x๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ดำเนินการ

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ