

หลักฐานการรับคำขออนุญาต เปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการของคลินิก

- เปลี่ยนลักษณะของสถานพยาบาลจากที่ได้รับอนุญาต จาก.....เป็น.....
- เปลี่ยนลักษณะของสถานพยาบาลจากที่ได้รับอนุญาต จาก.....เป็น.....
- เปลี่ยนลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายแผนกบริการภายในอาคารจากผังเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว
- การเพิ่ม หรือ ลด เพียงสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากจำนวน.....เตียง เป็นจำนวน.....เตียง
- การเพิ่มแผนกบริการ.....
- อื่นๆ.....

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

เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ
 แก้ไขรายการดังต่อไปนี้.

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

รายการเอกสาร/หลักฐาน

- แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๖)” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
 - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
 - กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัด ทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด
- แบบแปลนแผนผังลักษณะภายในอาคารเดิม
- แผนผังภายในอาคารที่จะปรับปรุงใหม่ ระบุขนาดความกว้าง ความยาว ของอาคาร และ ห้องต่างๆ โดยเฉพาะความกว้างของประตูห้องความกว้างของทางเดินต่างๆ ซึ่งต้องมีช่องกว้างไม่น้อยกว่า ๘๐ เซนติเมตร(ไม่รวมขอบวงกบ) ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ตัวจริง) ๑ ฉบับ
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ๑ เล่ม

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ
สถานพยาบาล

เขียนที่

.....

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ชำพเจ้า

๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

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

 สัญชาติ อายุ ปี

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

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

และ (๒) เลขประจำตัว

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

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. มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ ดังต่อไปนี้

การลดหรือเพิ่มแผนกบริการ

การลดหรือเพิ่มจำนวนเตียงรับบริการในแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยหนัก

การลดหรือเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดหรือห้องคลอด

การเปลี่ยนแปลงลักษณะของสถานพยาบาลจากที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

การเปลี่ยนแปลงลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายสถานที่หรือแผนกบริการภายในอาคารจากผังเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

การเพิ่มหรือลดอุปกรณ์

การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร

การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง

การตัดแปลงอาคารที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อกรบริการผู้ป่วยในระหว่างการดำเนินการตัดแปลงนั้น

การตัดแปลงอาคารที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง

อื่น ๆ

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ | <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการจดทะเบียน (กรณีเป็นนิติบุคคล) | <input type="checkbox"/> กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน |
| <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง | และเป็นการเพิ่มบริการหรือก่อสร้างอาคารชั้นใหม่ |
| <input type="checkbox"/> แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างแสดงลักษณะภายในอาคาร | หรือตัดแปลงอาคาร จะต้อง มี |
| ส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม | - หลักฐานการอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล | - ใบอนุญาตใช้อาคาร (เฉพาะกรณีก่อสร้าง |
| <input type="checkbox"/> ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ | อาคารชั้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร) |
| พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน | - หนังสือรับรองการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ |
| และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ (กรณีเพิ่ม | ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของกระทรวงวิทยาศาสตร์ |
| บริการหรือเพิ่มจำนวนเตียง) | เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม (เฉพาะกรณีก่อสร้าง |
| สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพ | อาคารชั้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร) |
| <input type="checkbox"/> ในสาขาที่ให้บริการ (ถ้ามีการให้บริการเฉพาะสาขา) | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... | |

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ