

หลักฐานการรับคำขออนุญาต
ขอใบแทนใบอนุญาตประกอบกิจการ หรือ ขอใบแทนสมุดทะเบียน
ของสถานพยาบาล

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

- | | | |
|---|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> แบบฟอร์ม “คำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ (ส.พ.๑๕)” | ๑ | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ | ๑ | ฉบับ |
| <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร | ๑ | ชุด |
| <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัด ทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสารแลการรับหลักฐานต่างๆ)พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน | ๑ | ชุด |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือแจ้งความใบอนุญาต หรือ สมุดทะเบียน สูญหาย (กรณีสูญหาย) | ๑ | ฉบับ/เล่ม |
| <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (กรณีชำรุด หรือ มิได้สูญหาย) | ๑ | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> หรือ สมุดทะเบียน (กรณีชำรุด หรือ มิได้สูญหาย) | ๑ | เล่ม |

