



ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างเมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย × เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้องในช่องว่าง กรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้น ๆ ให้ใส่เครื่องหมาย - ในช่องว่าง

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<b>การตรวจสอบผู้ดำเนินการ</b>			หากไม่พบผู้ดำเนินการ ให้ระบุชื่อผู้ประกอบโรคศิลปะ ชื่อ.....
๑. พบผู้ดำเนินการสถานพยาบาล			.....
๒. เวลาทำการตรงกับเวลาที่ขออนุญาตหรือไม่			.....
๓. หากพบผู้ประกอบโรคศิลปะ ให้ตรวจสอบได้มีการแสดงรายละเอียดเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพร้อมหรือไม่ (ยื่นแบบ ส.พ. ๖)			
<b>การตรวจสอบสถานที่</b>			
๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล			
๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ			
๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย			
๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย โดยมีลักษณะดังนี้			
๑.๓.๑ มีพื้นที่โดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร			
๑.๓.๒ มีส่วนที่นั่งพักคอยของผู้ป่วยและญาติที่เหมาะสมอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง และที่นั่งต้องมีพนักพิง			
๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขนาดความกว้างของประตู เข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร			
๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา			
๑.๕.๑ กั้นเป็นสัดส่วนและมีมิดชิด ต้องมีประตู เปิด-ปิดอย่างชัดเจน			
๑.๕.๒ ภายในห้องตรวจต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค			
๑ ตัว เติงตรวจโรค ๑ เติง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์			
๑.๕.๓ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ พร้อมมีสบู่เหลวผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว			
๑.๕.๔ ไม่มีวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบโรคศิลปะ			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องหรือมีห้องน้ำส่วนรวมในกรณีอาคารศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน			
๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ (หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ต้องเพิ่มพัดลมดูดอากาศ เพื่อให้มีการระบายอากาศเพียงพอ)			
๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม ๑.๘.๑ ทุกห้องตรวจและทุกห้องที่ให้การรักษาผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไป-ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบใช้เท้าเหยียบ ให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด ถังขยะติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ไว้ที่ถังขยะ แยกต่างหากจากถังขยะทั่วไป ใช้ถุงสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป” ไว้ที่ถังขยะ วางคู่กันทุกห้อง			
๑.๘.๒ มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน			
๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม (นอกเหนือจากพิจารณาในภาพรวมแล้ว ให้ตรวจสอบการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ในห้องบำบัดรักษาหรือในบริเวณที่มีงานหัตถการด้วย) ๑.๙.๑ เครื่องมืออุปกรณ์สำหรับควบคุมการติดเชื้อ ในกรณีที่ต้องใช้ เช่น Autoclave, หม้อต้มเครื่องมือแพทย์, เครื่องนึ่ง			
๑.๙.๒ แขน้ำยาฆ่าเชื้อ			
๑.๙.๓ ขั้นตอน/วิธีการทำให้เครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อ และวิธีการกำจัดของมีคม ตัดในที่เปิดเผยภายในคลินิก			
๑.๑๐ มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม ตามที่กฎหมายท้องถิ่นบัญญัติ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน ๑.๑๐.๑ ขนาดเครื่องดับเพลิงไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์			
๑.๑๐.๒ มีเครื่องดับเพลิงติดตั้งทุกชั้น			
๑.๑๐.๓ ติดตั้งเครื่องดับเพลิงโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องส่วนบนสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือวางกับพื้นอาคารโดยมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นอย่างชัดเจน และมีป้ายแสดงจุดที่ตั้งเครื่องดับเพลิง สามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้ชัดเจน			
๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ ติดที่บริเวณด้านหน้าคลินิก			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<p><b>๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้</b></p> <p>๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ</p>			
๒.๒ มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพ ตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี			
๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา หรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น			
๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน			
๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก			
๒.๕.๑ สถานพยาบาลต้องมีประตู เข้า-ออก คนละทางกับการประกอบกิจการอื่น			
๒.๕.๒ การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ชัดเจนและถาวร			
๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิก หรือมีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น แต่ละสาขาต้องมีอย่างน้อย ๑ ห้องตรวจโรค ซึ่งต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค ๑ ตัว เตียงตรวจโรค ๑ เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือ เปิด-ปิดน้ำ สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง			
<p><b>๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย</b></p> <p>๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้าย โดยมีลักษณะดังนี้</p> <p>๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องมีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร และความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร</p>			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๓.๑.๒ จัดทำแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ตัวอักษรสีน้ำตาล สีพื้นป้ายสีขาว			
๓.๑.๓ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล มีขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิกสีน้ำตาล			
๓.๒ ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม			
๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวนโอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด ในสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือต่อท้ายของชื่อคลินิกต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิก			
๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย			
๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริง หรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิก			
๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต			
๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่ผู้ขออนุญาตเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือหมายเลขเรียงลำดับ หรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก			
๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลา ที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับเวลาที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล			
๓.๕ มีบริเวณที่ต้องแสดงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล ติดในที่เปิดเผย และเหมาะสม เช่น บริเวณที่นั่งพักคอยของผู้รับบริการ			
๓.๖ มีบริเวณที่ใช้แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ. ๑๒) ในที่เปิดเผย และเห็นได้ชัดเจนบริเวณทางเข้าสถานพยาบาล			
รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ

	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๓.๗ หน้าห้องตรวจมีบริเวณให้ติดแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุล ภาพถ่าย และระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ หากมี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานใน คลินิก ให้ยื่น แบบ ส.พ.๖ ทุกคน และแสดงป้ายนี้ไว้ในบริเวณที่ เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน			
๓.๘ แสดงอัตราค่าบริการทางเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และ ค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่เรียกเก็บ โดยแสดงอัตราราคาต่อ หน่วย และระบุข้อความด้วยอักษรภาษาไทย โดยแสดงไว้ในที่ เปิดเผยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นได้ง่าย โดยจัดทำเป็นแผ่น ประกาศ แผ่นพับ เล่ม หรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรม คอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ			
๓.๙ มีป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตรา ค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด ด้วยตัวอักษรไทย ขนาด ความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน			
๓.๑๐ แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย อ่านได้ชัดเจน ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑ เซนติเมตร บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ			
๓.๑๑ ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่อื้ออวด หรือสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ			
<b>๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ประจำสถานพยาบาล</b>			
๔.๑ เวชระเบียน			
๔.๑.๑ มีตู้หรือชั้นหรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัย และต้องจัดให้เป็นระเบียบสามารถค้นหาได้ง่าย			
๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย มีรายการดังต่อไปนี้			
๑) ชื่อ นามสกุล อายุ ของผู้ป่วย			
๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย			
๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ			
๔.๑.๓ มีเวชระเบียน หรือ บัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึก รายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด ดังต่อไปนี้			
๑) ชื่อ ที่อยู่สถานพยาบาล และหมายเลขโทรศัพท์ คลินิก			
๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย			
๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ			
๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้น			
<b>รายการตรวจ</b>	<b>ผลการตรวจ</b>	<b>หมายเหตุ</b>	

	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๕) ประวัติการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติขั้นสูงของผู้ป่วย			
๖) การวินิจฉัยโรค			
๗) การให้บริการทางเทคโนโลยีและทรวงอก			
๘) ลายมือชื่อผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ให้บริการ			
๔.๒ ห้องตรวจ/ห้องบริการและเครื่องใช้ทั่วไป ต้องประกอบด้วย			
๔.๒.๑ มีขนาดมาตรฐานไม่ต่ำกว่า ๓ เมตร x ๓ เมตร			
๔.๒.๒ มีประตูเปิด-ปิด อย่างชัดเจน และต้องมีความกว้างไม่ต่ำกว่า ๘๐ ซม.			
๔.๒.๓ โต๊ะพร้อมเก้าอี้สำหรับซักประวัติ และ/หรือให้คำปรึกษาผู้มารับบริการ			
๔.๒.๔ เตียงที่ใช้สำหรับการตรวจประเมิน			
๔.๒.๕ ต้องมีบันไดขึ้นเตียง (Step) หากเตียงนั้นมีความสูง			
๔.๒.๖ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง			
๔.๒.๗ เครื่องวัดความดันโลหิต			
๔.๒.๘ หูฟัง			
๔.๒.๙ เครื่องชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง			
๔.๒.๑๐ ตู้หรือชั้น สำหรับวางหรือเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ เป็นสัดส่วน			
๔.๒.๑๑ ชุดปฐมพยาบาล			
<b>๕. เครื่องมือตรวจประเมินและติดตามทางเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ในการให้บริการภายใต้คำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม</b>			
๕.๑ หากมีการให้บริการในระบบหัวใจต้องจัดให้มีเครื่องมืออย่างน้อย ๑ รายการ ดังต่อไปนี้			
๑) เครื่องบันทึกความดันโลหิตชนิดต่อเนื่อง			
๒) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ			
๓) เครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านผนังทรวงอก			
๔) เครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดติดตัว			
๕) อื่น ๆ ระบุ			
๕.๒ หากมีการให้บริการในระบบปอดต้องจัดให้มีเครื่องมืออย่างน้อย ๑ รายการ ดังต่อไปนี้			
๑) เครื่องวัดการทำงานของปอด			
รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	

๒) เครื่องวัดความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด			
๓) อื่น ๆ ระบุ			
๕.๓ หากมีการให้บริการในระบบหลอดเลือด ต้องจัดให้มีเครื่องมืออย่างน้อย ๑ รายการ ดังต่อไปนี้			
๑) เครื่องวัดสมรรถภาพหลอดเลือดแดงส่วนปลาย			
๒) เครื่องวัดความหนาตัวของหลอดเลือด			
๓) อื่น ๆ ระบุ			
<b>๖. การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ อุปกรณ์ ดังนี้</b>			
๖.๑ ต้องได้รับการรับรองมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
๖.๒ มีคู่มือการใช้งาน			
๖.๓ มีการบำรุงรักษาตามวงจร			
๖.๔ มีเอกสารบันทึกประวัติการบำรุงรักษาและซ่อมบำรุงอย่างต่อเนื่อง			
๖.๕ มีการสอบเทียบเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ			
<b>๗. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน ประกอบด้วย</b>			
๗.๑ มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ถังบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ			
๗.๒ มีแผนการและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมในภาวะสถานการณ์ฉุกเฉิน			
๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาล			
๒) มีแผนการและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย			

ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่.....



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

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่  
 (.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่  
 (.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่  
 (.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่  
 (.....)

**ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลนี้แล้วจะปฏิบัติตาม คำแนะนำและ  
 รายงานผลการตรวจในบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกของพนักงานเจ้าหน้าที่ดังกล่าวอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้  
 พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำการละเมิด ข่มขู่ หรือทำให้บุคคลในสถานพยาบาลหรือทรัพย์สินของ  
 สถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด**

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล  
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล  
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล  
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....