หน้า ๑
สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก
ให้แนบมาพร้อมชุดคำขอ

หลักฐานการรับคำขออนุญาต แจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

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

- ❑ **แบบฟอร์มคำขออนุญาต ส.พ.๑๗** **๑ ฉบับ**
- ❑ **สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ(เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)** **๑ ฉบับ**
  - ○ กรณีนิติบุคคลให้ แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
  - ○ กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ผู้รับมอบฯ ดำเนินการแทนให้ละเอียด เช่น การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร การรับหลักฐานต่างๆ ๑ ชุด
- ❑ **ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับจริง** **๑ ฉบับ**
- ❑ **ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลฉบับจริง** **๑ ฉบับ**
- ❑ **สมุดทะเบียนสถานพยาบาล** **๑ เล่ม**
- ❑ **กรณีมีใบอนุญาตเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดให้ยื่นคำร้องยกเลิกใบอนุญาตเพิ่มเติม** **๑ ชุด**

แบบ ส.พ. ๑๗

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับ

หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

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

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

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. มีความประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล เนื่องจาก .....

.....

ทั้งนี้ตั้งแต่ ..... เป็นต้นไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ☐สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องจัดทำรายงานการดำเนินการ ดังต่อไปนี้แนบมาด้วย คือ

☐ รายงานยอดผู้ป่วยที่คงค้างอยู่ในสถานพยาบาลและแผนการดำเนินการต่อผู้ป่วยที่ยังคงค้างอยู่หลังจากเลิกกิจการสถานพยาบาล

☐ รายงานการประกาศแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลทางหนังสือพิมพ์และหรือสื่ออื่น ๆ ที่แพร่หลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมาขอรับเวชระเบียน ฟิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ

☐ รายงานการจำหน่ายเวชระเบียน ฟิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ ที่ยังไม่มีผู้มาขอรับ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

รับทราบ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ