แบบ ส.พ. ๒๐

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

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ ....
วันที่ .... เดือน ....พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า ....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ .... ปี สัญชาติ .... อยู่บ้านเลขที่ ....หมู่ที่ .... ซอย/ตรอก...

จังหวัด ....รหัสไปรษณีย์..โทรศัพท์...

โทรสาร..ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์...

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☑ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ......--.......เตียง ตามใบอนุญาตที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ออกให้ไว้ ณ วันที่...

เดือน......................พ.ศ. ....ลักษณะสถานพยาบาล..ตั้งอยู่เลขที่ .... หมู่ที่........................

ซอย/ตรอก ....ถนน...................................ตำบล/แขวง..................................... อำเภอ/เขต ....

จังหวัดสมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์........................โทรศัพท์ ....โทรสาร..

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์...................................วัน/เวลาทำการ...

๓. ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภท... ลักษณะของสถานพยาบาล...

ณ สถานพยาบาลชื่อ...ที่ตั้ง...เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....................

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล...

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้ (ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย) ....

....

....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน .... ฉบับ คือ

☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี (กรณีออกใบอนุญาตใหม่)

☐ เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)...

(ลายมือชื่อ) .... ผู้ดำเนินการ

(....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) .... ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

(....)

หมายเหตุ : ๑. ให้ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ