

**หลักฐานการรับคำขออนุญาต**  
**สถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมาย ออกให้บริการเป็นการชั่วคราว**

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

- เป็นไปตามเงื่อนไข คือ แจ้งผู้อนุญาตทราบก่อนออกบริการอย่างน้อย ๕ วัน
- แบบฟอร์ม “แบบแจ้ง สพ.อ.๔” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
  - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตร  
ประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ๑ ฉบับ
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับกระทำการ  
ครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับกระทำการมากกว่าครั้งเดียวพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ  
(ระบุสิ่งที่จะมอบให้กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความใน  
เอกสาร การรับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)
- สำเนาสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ๑ ชุด
- บันทึกการปฏิบัติงาน ระบุ วัน เวลา สถานที่ และ ชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือชื่อผู้ประกอบการโรคศิลปะที่จะออกไปให้บริการ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือสำเนาใบประกอบโรคศิลปะของผู้ที่จะออกปฏิบัติงาน คนละ ๑ ฉบับ  
เซ็นรับรองสำเนาโดยเจ้าของเอกสาร ทุกฉบับ
- สมุดทะเบียนผู้ป่วย มีช่องให้ระบุ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และรายการที่จะตรวจ ๑ เล่ม
- รถเอกซเรย์(ถ้ามี) แนบสำเนาใบรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์ (มีนักรังสีวิทยาเป็นผู้ให้บริการ) ๑ ฉบับ
- รถชันสูตร(ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีนักเทคนิคการแพทย์  
เป็นผู้ให้บริการ) กรณีใช้ Lab ของสถานพยาบาลอื่นให้แนบสำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการ  
สถานพยาบาลนั้นๆ
- รถทันตกรรม(ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการ)

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

แบบแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ สำหรับสถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ใช้นานพาทนะเป็นที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอ เพื่อการตรวจสุขภาพ การส่งเสริมหรือการป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปีระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว .....

อายุ ..... ปี สัญชาติ.....อยู่เลขที่.....ซอย.....ตรอก .....

ถนน .....หมู่ที่ .....ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

ขอแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสำหรับสถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลประเภท.....ที่ใช้นานพาทนะ เป็นที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอ เพื่อการตรวจดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล การส่งเสริมหรือการป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ดังนี้

- (๑) วัน เวลาในการออกให้บริการ ระหว่าง.....ถึงวันที่.....
- (๒) สถานที่ในการออกให้บริการ ณ.....
- (๓) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๒ วิชาชีพเวชกรรม ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

\* หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ให้นำใบที่แจ้งมาแสดงและแจ้งการเปลี่ยนแปลงในวันทีออกให้บริการด้วย

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
( ..... )

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับแจ้ง  
( ..... )

ผู้อนุญาต

