

## หลักฐานการรับคำขออนุญาต

สถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมาย ออกไปให้บริการคัดกรอง การควบคุม การป้องกัน การรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสุขภาพ อันเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ

สถานที่ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....  
เลขรับ.....วันที่รับเอกสาร.....วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือแก้ไขรายการดังต่อไปนี้.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ  
วันที่...../...../.....

### รายการเอกสาร/หลักฐาน

- เป็นไปตามเงื่อนไข คือ แจ้งผู้อนุญาตทราบก่อนออกบริการอย่างน้อย ๕ วัน
- แบบฟอร์ม “แบบแจ้ง สพ.อ.๕” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
  - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตรวจสอบวันหมดอายุด้วยคะ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ตรวจสอบวันหมดอายุด้วยคะ ๑ ฉบับ
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับกระทำการครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับกระทำการมากกว่าครั้งเดียวพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ระบุสิ่งที่จะมอบให้กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร การรับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)
- สำเนาสัญญาประกันสุขภาพหรือหนังสือร้องขอ/ตอบรับการให้บริการ ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ๑ ชุด (กรณีไม่มีสัญญาประกันสุขภาพ ให้ใช้ใบเสนอราคา หรือสำเนาสัญญาติดต่อระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น)
- สำเนาสัญญาระหว่างสถานพยาบาลกับโรงพยาบาลที่จะรับหรือดูแลผู้ป่วย (กรณี ATK + )
- บันทึกการปฏิบัติงาน ระบุ วัน เวลา สถานที่ และ ชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือชื่อผู้ประกอบการโรคศิลปะที่จะออกไปให้บริการ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือสำเนาใบประกอบโรคศิลปะของผู้ที่จะออกปฏิบัติงาน คนละ ๑ ฉบับ  
เซ็นรับรองสำเนาโดยเจ้าของเอกสาร ทุกฉบับ
- สมุดทะเบียนผู้ป่วย มีช่องให้ระบุ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และรายการที่จะตรวจ ต้องมีรายชื่อยื่นก่อนออกตรวจ ๑ เล่ม
- รถเอกซเรย์(ถ้ามี) แนบสำเนาใบรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์ (มีนักรังสีวิทยาเป็นผู้ให้บริการ) ๑ ฉบับ
- รถชันสูตร(ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีนักเทคนิคการแพทย์เป็นผู้ให้บริการ) กรณีใช้ Lab ของสถานพยาบาลอื่นให้แนบสำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลนั้นๆ
- รถทันตกรรม(ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการ)

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

แบบแจ้งสถานพยาบาลที่ออกไปให้บริการคัดกรอง การควบคุม การป้องกัน การรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสุขภาพ  
อันเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ

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 สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ การคัดกรอง การควบคุม การป้องกัน  การรักษาพยาบาล  การฟื้นฟูสุขภาพอันเกี่ยวกับ โรคติดต่อ โรคติดต่ออันตรายโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ

สำหรับสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลชื่อ.....ประเภท.....

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ เลขที่..... ดังนี้

(๑) วัน เวลาในการออกให้บริการ ระหว่าง.....ถึงวันที่.....เวลา.....

(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).....

กรณีเข้าข้อยกเว้นการแจ้งภายหลังการให้บริการ โปรดระบุเหตุจำเป็น กรณีหน่วยงานภาครัฐร้องขอโปรดระบุชื่อ  
หน่วยงานภาครัฐ.....(เพื่อการควบคุม หรือป้องกันโรคติดต่อ โรคติดต่อร้ายแรง โรคที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามด้วยกฎหมาย ว่าด้วย  
โรคติดต่อ หรือหน่วยงานภาครัฐร้องขอ)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับแจ้ง

(.....)

ผู้อนุญาต

