แบบ สพ.อ. ๘

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

แบบคำขออนุมัติสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
กรณีให้บริการเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ
กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
เป็นการชั่วคราว

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า.....โดย นาย/นาง/นางสาว .....

อายุ ..... ข้อมูลบริษัทเจ้าของโรงพยาบาลพี่เลี้ยง .....

ถนน .....

จังหวัด.....โทรศัพท์ .....

เป็นผู้ประกอบกิจการ .....

ขออนุมัติสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพื่อให้บริการเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นการชั่วคราว ตามมาตรา ๕ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙

จำนวน ..... เตียง จำนวนเตียงรพ.สนาม (ไม่ใช่จำนวนห้อง)

ชื่อสถานประกอบกิจการ ..... ตั้งอยู่ที่ .....

หมู่ที่.....ซอย.....ตรอก..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... ข้อมูลโรงแรม/รพ.สนาม .....

จังหวัด .....

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่ามี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ปฏิบัติงาน

๑. แพทย์ ..... คน ๒. พยาบาล ..... คน

๓. ทันตแพทย์ ..... คน ๔. เภสัชกร ..... คน

๕. นักกายภาพบำบัด ..... คน ๖. นักเทคนิคการแพทย์ ..... คน

๗. แพทย์ ...

๗. แพทย์แผนไทย ..... คน

- เวชกรรมไทย ..... คน - เภสัชกรรมไทย ..... คน

- การผดุงครรภ์ไทย..... คน - การนวดไทย ..... คน

- การแพทย์พื้นบ้านไทย..... คน

๘. แพทย์แ

๙. ผู้ประกอ

ข้อมูลโรงแรม/รพ.สนาม

(๑) กิจกรรมบำบัด ..... คน (๒) การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย..... คน

(๓) เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ..... คน (๔) รังสีเทคนิค ..... คน

(๕) จิตวิทยาคลินิก ..... คน (๖) กายอุปกรณ์..... คน

(๗) การแพทย์แผนจีน..... คน

(๘) อื่นๆ..... คน

ทั้งนี้ ได้ประสานสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือการรักษาพยาบาล ให้คำแนะ ิน

ข้อมูลโรงพยาบาลพี่เลี้ยงของโรงพยาบาลสนาม

ชื่อสถานพยาบาล .....

ตั้งอยู่ที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง .....

จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

กรรมการบริษัทของโรงพยาบาล (ตามนิติบุคล)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยินยอมให้ข้อมูล

(.....)

ผู้ดำเนินกิจการของโรงพยาบาลพี่เลี้ยง

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ให้การช่วยเหลือ

(.....)