

หลักฐานการรับคำขออนุญาต
แจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลในโรงงานสถานที่ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
เลขรับ.....วันที่รับเอกสาร.....วันที่ลงข้อมูลในระบบ..... เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๑.....
.....
.....
.....
.....ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ
วันที่...../...../.....การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๒.....
.....
.....
.....

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

หมายเหตุ : เงื่อนไขสถานพยาบาลที่เข้าข่ายต้องขออนุญาตเป็นสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่จัดให้บริการด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ
อนามัยและการควบคุมและป้องกันโรค ในลักษณะที่เป็นการจัดสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน ลูกจ้าง หรือบุคคลที่
เกี่ยวข้อง ได้แก่

- (ก) สถานศึกษาของเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชนหรือตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน
(ข) นายจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน
(ค) เจ้าของเรือตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานทะเล
(ง) ผู้ให้บริการขนส่งผู้โดยสารในยานพาหนะต่าง ๆ เช่น เครื่องบินโดยสาร เรือเดินทะเลรถขนส่งไฟฟ้า เป็นต้น

ทั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขให้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาต
ให้ดำเนินการสถานพยาบาล และไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียมรายปี แต่ทั้งนี้หากมีผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ
ปฏิบัติงานต้องจัดให้มีหลักฐานรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะพร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
หรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ สมุดทะเบียนผู้ป่วย บันทึกการปฏิบัติงานที่สามารถตรวจสอบได้

สรุปรายการเอกสาร

- แบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (สพ.อ.๑) ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ยื่นคำขอ จำนวน ๑ ฉบับ
- กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันและประทับตราสำคัญของบริษัทตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในสำเนาหนังสือฯ จำนวน ๑ ชุด
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับกระทำการครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับกระทำการมากกว่าครั้งเดียว พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ระบุสิ่งที่จะมอบให้กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร การรับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)
- สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งคลินิก จำนวน ๑ ฉบับ
- แผนผังแสดงที่ตั้งโรงงาน จำนวน ๑ ฉบับ
- แผนผังแสดงลักษณะการจัดพื้นที่ใช้สอยในสถานพยาบาล จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาแบบ กสว.๒ ใบอนุญาตให้ใช้สถานพยาบาลแทนการจัดให้มีแพทย์เพื่อการตรวจรักษา จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีมีลูกจ้างหรือพนักงานมากกว่า ๒๐๐คน)

❖ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ทุกสาขาๆ ที่ปฏิบัติงานทุกคน

- ตารางแสดงความจำเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ของผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ของผู้ปฏิบัติงานทุกคนๆละ ๑ ฉบับ
- รูปถ่ายขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร หน้าตรงครึ่งตัว ถ่ายไม่เกิน ๑ ปี จำนวน ๑ รูป/คน
- สมุดทะเบียนผู้ป่วย (ใช้ภาพถ่าย หรือ นำตัวอย่างการบันทึกมาแสดง) ๑ เล่ม
- สมุดบันทึกการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ (ใช้ภาพถ่าย หรือ นำตัวอย่างการบันทึกมาแสดง) ๑ เล่ม

❖ ภาพถ่ายแสดงลักษณะสถานพยาบาล

- บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาลให้เห็นตัวอาคารที่ตั้งทางด้านหน้า ป้ายชื่อสถานพยาบาล และเวลาทำการ
- บริเวณลงทะเบียนผู้รับบริการและบริเวณจ่ายยา
- บริเวณนั่งรอตรวจ
- บริเวณภายในห้องตรวจ โต๊ะตรวจ เติงตรวจและอุปกรณ์การตรวจ อ่างฟอกมือใช้ก๊อที่ไม่ใช้มือ ปิด-เปิด
- บริเวณห้องให้การรักษา(ทำแผล ฉีดยา และอื่นๆ) ถ้ามี
- ป้ายแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติงานทุกคน ที่ติดแสดงไว้ที่คลินิก ได้แก่ ชื่อ คุณวุฒิ เลขที่ใบอนุญาต และ วัน เวลา ที่ปฏิบัติงาน
- รายการยา และ ตู้เก็บยา

(หมายเหตุ: การรายการยา และจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ ให้เป็นไปตามที่โรงงานประสงค์จะจัดให้มี

ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติงาน ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนดใน พรบ.วิชาชีพแต่ละสาขา)

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับ
ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว

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

ตรอก ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์

ขอแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพื่อเป็นสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ พนักงานลูกจ้าง
หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง จำนวน

ณ สถานพยาบาล ตั้งอยู่ที่

ซอย ตรอก ถนน หมู่ที่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ปฏิบัติงาน

๑. แพทย์คน ๒. พยาบาล คน

๓. ทันตแพทย์คน ๔. เภสัชกร คน

๕. นักกายภาพบำบัดคน ๖. นักเทคนิคการแพทย์ คน

๗. แพทย์แผนไทยคน

- เวชกรรมไทยคน

- การผดุงครรภ์ไทย.....คน

- เภสัชกรรมไทยคน

- การนวดไทยคน

- การแพทย์พื้นบ้านไทย.....คน

๘. แพทย์แผนไทยประยุกต์คน

๙. ผู้ประกอบโรคศิลปะ

(๑) กิจกรมบำบัดคน

(๓) เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกคน

(๕) จิตวิทยาคลินิกคน

(๗) การแพทย์แผนจีน.....คน

(๘) อื่นๆ.....คน

(๒) การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย.....คน

(๔) รังสีเทคนิค คน

(๖) กายอุปกรณ์..... คน

เป็นผู้ให้บริการและเปิดให้บริการเวลาระหว่าง น.

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงาน

(๑) สถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทำงานตั้งแต่สิบคนขึ้นไป ต้องจัดให้มีเวชภัณฑ์และยาเพื่อใช้ในการปฐมพยาบาลในจำนวนที่เพียงพอ อย่างน้อยตามรายการดังต่อไปนี้

รายการเครื่องมือเครื่องใช้และยา	กรณีจัดเป็นยาสามัญประจำบ้านที่ไม่ต้องจ่ายโดยแพทย์
(ก) กรรไกร	
(ข) แก้วย่น้ำ และแก้วยาเม็ด	
(ค) เข็มกลัด	
(ง) ถ้วยน้ำ	
(จ) ที่ป้ายยา	
(ฉ) ปรอทวัดไข้	
(ช) ปรอทวัดไข้	
(ซ) ปากคิบบลายหู่	
(ฌ) ผ้าพันยึด	
(ฎ) ผ้าสามเหลี่ยม	
(ฏ) สายยางรัดห้ามเลือด	
(ตุ) สำลี ผ้าก๊อช ผ้าพันแผล และผ้ายางพลาสติกปิดแผล	
(ฑ) หลอดหยดยา	
(ฒ) ขี้ผึ้งแก้ปวดบวม	ได้เฉพาะยาหม่องชนิดขี้ผึ้ง ไม่เกิน 30 กรัม
(ณ) ทิงเจอร์ไอโอดีน หรือไอโอดีน - ไอโอดีน	ขนาดไม่เกิน 30 มิลลิลิตร
(ด) น้ำยาไอโอดีน - ไอโอดีน ชนิดฟอกแผล	มีได้
(ฉ) ผงน้ำตาลเกลือแร่	มีได้
(ค) ยาแก้ผดผื่นที่ไม่ได้มาจากการติดเชื้อ	ได้เฉพาะกาลาไมด์ขนาด 60,120,180 มิลลิลิตร
(ต) ยาแก้แพ้	ได้เฉพาะชนิดผงพลาสติกหรือผงอลูมิเนียม
(ถ) ยาทาแก้ผดผื่นคัน	ได้เฉพาะกาลาไมด์ขนาด 60,120,180 มิลลิลิตร
(ท) ยาธาตุน้ำแดง	ขนาด 180, 240, 450 มิลลิลิตร
(ธ) ยาบรรเทาปวดลดไข้	ได้เฉพาะชนิดผงพลาสติกหรือผงอลูมิเนียม ยาน้ำได้ชนิด 30 และ 60 มิลลิลิตรพร้อมกล่อง
(น) ยารักษาแผลน้ำร้อนลวก	สูตร Silver Sulfadiazine 1% W/W ขนาด 5,15,25 กรัม
(บ) ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร	ได้ทั้งชนิดเม็ดและน้ำ สูตร Aluminum Hydroxide/ Magnesium Hydroxide/ Sodium Bicarbonate เป็นต้น
(ป) เหล้าแอมโมเนียหอม	มีได้
(ผ) แอลกอฮอล์เช็ดแผล	30 มิลลิลิตร
(ฝ) ขี้ผึ้งป้ายตา	จ่ายโดยแพทย์
(พ) ถ้วยล้างตา	มีได้
(ฟ) น้ำกรดบอริคล้างตา	ขวดละ 120 มิลลิลิตร พร้อมถ้วยล้างตา
(ภ) ยาหยอดตา	เฉพาะชันฟาเซตาไมด์ ขวดสีชา 10 มิลลิลิตร