

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

1. ลักษณะของสถานพยาบาล

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> คลินิกเวชกรรม | <input type="checkbox"/> คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง..... | <input type="checkbox"/> คลินิกทันตกรรม |
| <input type="checkbox"/> คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง..... | | <input type="checkbox"/> คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ |
| <input type="checkbox"/> คลินิกกายภาพบำบัด | <input type="checkbox"/> คลินิกเทคนิคการแพทย์ | <input type="checkbox"/> คลินิกการแพทย์แผนไทย |
| <input type="checkbox"/> คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ | | |
| <input type="checkbox"/> สหคลินิก ประกอบด้วย..... | | |

2. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

3. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ | <input type="checkbox"/> เป็นอาคารอยู่อาศัย | <input type="checkbox"/> เป็นห้องแถว | <input type="checkbox"/> เป็นตึกแถว |
| <input type="checkbox"/> เป็นบ้านแถว | <input type="checkbox"/> เป็นบ้านแฝด | <input type="checkbox"/> เป็นอาคารพาณิชย์ | <input type="checkbox"/> ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | มี..... | คูหา..... | ชั้น..... |

4. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

5. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

6. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

7. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล.....วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.1

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ).....ผู้อนุญาต
วันที่.....

หมายเหตุ : ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ