

**แบบกำกับระยะเวลาการทำงานตามคู่มือประชาชน**  
**เรื่อง การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล**  
**กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์**  
**ระยะเวลาในการดำเนินการรวม 15 วันทำการ**

ชื่อสถานพยาบาล.....เบอร์โทรศัพท์.....

**ขั้นตอนการดำเนินการ**

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ลงนาม
1	ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่รับคำขอตรวจสอบความครบถ้วน/ ถูกต้องของคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	1 วันทำการ ...../...../.....	ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ (.....) เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร (.....)
หมายเหตุ ..... คำขอไม่ครบถ้วน/ถูกต้อง			ผู้รับเรื่องคืน..... ผู้คืนเรื่อง.....
2	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการเปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล	10 วันทำการ ...../...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
	เจ้าหน้าที่จัดทำใบอนุญาตฯพร้อมลงข้อมูล ในระบบ	...../...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
3	เสนอผู้อนุญาตลงนาม	3 วันทำการ ...../...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
4	แจ้งผลการพิจารณา	1 วันทำการ ...../...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
5	ผู้ยื่นคำขอมารับใบอนุญาตฯ หลังได้รับหนังสือแจ้ง	ผู้รับเอกสาร ..... (.....) วันที่ ...../...../..... ผู้จ่ายเอกสาร ..... (.....) วันที่ ...../...../.....	