

แบบกำกับระยะเวลาการทำงานตามคู่มือประชาชน
เรื่อง การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
ระยะเวลาในการดำเนินการรวม 15 วันทำการ

ชื่อสถานพยาบาล.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขั้นตอนการดำเนินการ

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