

แบบกำกับระยะเวลาการทำงานตามคู่มือประชาชน
เรื่อง การยกเลิกกิจการสถานพยาบาล
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
ระยะเวลาในการดำเนินการรวม 5 วันทำการ

ชื่อสถานพยาบาล.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขั้นตอนการดำเนินการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ลงนาม
1	ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่รับคำขอตรวจสอบความครบถ้วน/ ถูกต้องของคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	1 วันทำการ/...../.....	ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ (.....) เจ้าหน้าที่ที่ตรวจสอบเอกสาร (.....)
คำขอไม่ครบถ้วน/ถูกต้อง หมายเหตุ			ผู้รับเรื่องคืน..... ผู้คืนเรื่อง.....
2	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานครบถ้วน	1 วันทำการ/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
3	ลงข้อมูลการยกเลิกในฐานข้อมูลสถานพยาบาล	1 วันทำการ/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
4	เสนอผู้อนุญาตลงนาม	2 วันทำการ/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)