

แบบกำกับระยะเวลาการทำงานตามคู่มือประชาชน

เรื่อง การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและให้ดำเนินการสถานพยาบาล
 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	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการเปลี่ยนแปลง ใบอนุญาตฯ	10 วันทำการ/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
	เจ้าหน้าที่จัดทำใบอนุญาตฯพร้อมลงข้อมูล ในระบบ/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
3	เสนอผู้อนุญาตลงนาม	3 วันทำการ/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
4	แจ้งผลการพิจารณา	1 วันทำการ/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
5	ผู้ยื่นคำขอมารับใบอนุญาตฯ หลังได้รับหนังสือ แจ้ง		ผู้รับเอกสาร (.....) วันที่...../...../..... ผู้จ่ายเอกสาร (.....) วันที่...../...../.....