

แบบกำกับระยะเวลาการทำงานตามคู่มือประชาชน
เรื่อง การขออนุญาตเปิดสถานพยาบาล (เปิดใหม่)
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
ระยะเวลาในการดำเนินการรวม 67 วันทำการ

ชื่อสถานพยาบาล.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขั้นตอนการดำเนินการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ลงนาม
1	ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่รับคำขอตรวจสอบความครบถ้วน/ ถูกต้องของคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	1 วันทำการ/...../.....	ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ (.....) เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร (.....)
คำขอไม่ครบถ้วน/ถูกต้อง หมายเหตุ			ผู้รับเรื่องคืน..... ผู้คืนเรื่อง.....
2	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนการจัดตั้ง สถานพยาบาล	60 วันทำการ/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
	เจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
	นำเสนอคณะกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาเห็นชอบ คณะอนุกรรมการมีมติ อนุญาต/ไม่อนุญาต/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
3	เสนอผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
4	แจ้งผลการพิจารณา	1 วันทำการ/...../.....	เจ้าหน้าที่ (.....)
5	ผู้ยื่นคำขอมารับใบอนุญาตฯ หลังได้รับหนังสือแจ้ง	ผู้รับเอกสาร (.....) วันที่/...../..... ผู้จ่ายเอกสาร (.....) วันที่/...../.....	

รายการเอกสาร/หลักฐาน : การขออนุญาตเปิดสถานพยาบาล (เปิดใหม่)

ลำดับ	รายการเอกสาร	ถูกต้อง	แก้ไข	หมายเหตุ
1.	คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล (ส.พ.1) 1 ฉบับ			
2.	แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลฯ (ส.พ.2) 1 ฉบับ			
3.	คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.5) 1 ฉบับ			
4.	หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานผู้ประกอบการวิชาชีพ (ส.พ.6) 1 ฉบับ			
5.	คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.18) 1 ฉบับ			
6.	ผู้ประกอบการสถานพยาบาล (กรณีผู้ประกอบการ/ผู้ดำเนินการ เป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารหลักฐานชุดเดียว) 6.1 กรณีเป็นบุคคลธรรมดา 6.1.1 สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ 6.1.2 สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ 6.1.3 ใบรับรองแพทย์ 1 ฉบับ 6.2 กรณีเป็นนิติบุคคล (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน) 6.2.1 หนังสือแต่งตั้งผู้ดำเนินการ 1 ฉบับ 6.2.2 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล 1 ฉบับ 6.2.3 สำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจลงนาม 1 ฉบับ 6.2.4 สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีอำนาจลงนาม 1 ฉบับ 6.2.5 สำเนาหนังสือสัญญาการจัดตั้งห้างหุ้นส่วน 1 ฉบับ			
7.	ผู้ดำเนินการกิจการสถานพยาบาล (กรณีผู้ประกอบการ/ผู้ดำเนินการ เป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารหลักฐานชุดเดียว) 7.1 สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ 7.2 สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ 7.3 ใบรับรองแพทย์ 1 ฉบับ 7.4 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ 1 ฉบับ 7.5 สำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง (ถ้ามี) 1 ฉบับ 7.6 รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตร จำนวน 3 ใบ 7.7 รูปถ่ายขนาด 8 x 13 เซนติเมตร จำนวน 1 ใบ			
8.	สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล 8.1 สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล 1 ฉบับ 8.2 สัญญาเช่า หรือ หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ 1 ฉบับ 8.3 สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านผู้ให้เช่าหรือผู้ยินยอม 1 ฉบับ 8.4 กรณีในทะเบียนบ้านสถานพยาบาลไม่มีสถานะเจ้าบ้าน ให้แนบสำเนาโฉนดที่ตั้งแสดงหลักฐานกรรมสิทธิ์ 1 ฉบับ			
9.	แผนที่ตั้งของสถานพยาบาล 1 ฉบับ			
10.	แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล 1 ฉบับ			
11.	เอกสารรับรองการกำจัดขยะติดเชื้อ 1 ฉบับ			
12.	รูปถ่ายสถานที่ รายละเอียดตามรายการที่กำหนด			

○ ค่าธรรมเนียมการออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 1,000 บาท

○ ค่าธรรมเนียมการออกใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล 250 บาท

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

**คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน**

เขียนที่

.....

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ อายุ ปี ๑.๒ นิตินุคคล.....โดย (๑) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิตินุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

 ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกเฉพาะทาง ด้านเวชกรรม ด้านทันตกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ กิจกรรมบำบัด การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก รังสีเทคนิค จิตวิทยาคลินิก กายอุปกรณ์ การแพทย์แผนจีน อื่นๆ สหคลินิก ประกอบด้วย

.....

 ๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย

.....

.....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ซอย/ตรอก

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล | <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง |
| <input type="checkbox"/> แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล | <input type="checkbox"/> ในบริเวณใกล้เคียง |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล | |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัดอุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) | |
| <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ

1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑. ลักษณะสถานพยาบาลเป็น

- คลินิกเวชกรรม
 คลินิกทันตกรรม
 คลินิกเฉพาะทาง ด้านเวชกรรม ด้านทันตกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 คลินิกกายภาพบำบัด
 คลินิกเทคนิคการแพทย์
 คลินิกการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ กิจกรรมบำบัด การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
 เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก รังสีเทคนิค จิตวิทยาคลินิก กายอุปกรณ์
 การแพทย์แผนจีน อื่น ๆ
 สหคลินิก ประกอบด้วย

๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

- เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ เป็นอาคารอยู่อาศัย เป็นห้องแถว เป็นตึกแถว
 เป็นบ้านแถว เป็นบ้านแฝด เป็นอาคารพาณิชย์ ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า
 อื่น ๆ มี.....คูหา.....ชั้น

๔. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ผู้อนุญาต

วันที่.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ อายุ ปี ๑.๒ นิตินิติบุคคล.....โดย (๑) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิติบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

 ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกเฉพาะทาง ด้านเวชกรรม ด้านทันตกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ กิจกรรมบำบัด การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก รังสีเทคนิค จิตวิทยาคลินิก กายอุปกรณ์ การแพทย์แผนจีน อื่น ๆ สหคลินิก ประกอบด้วย

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

 ห้องเอกซเรย์ ห้องไตเทียม ห้องผ่าตัด ห้องฝังเข็ม อื่น ๆ

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

- โรงพยาบาลทั่วไป ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะทาง ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลทันตกรรม ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลกายภาพบำบัด ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> อายุรกรรม | <input type="checkbox"/> ศัลยกรรม | <input type="checkbox"/> สูตินรีเวชกรรม | <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม |
| <input type="checkbox"/> แผนกเทคนิคการแพทย์ | <input type="checkbox"/> แผนกออร์โธปิดิกส์ | <input type="checkbox"/> แผนกโรคผิวหนัง | <input type="checkbox"/> แผนกการผสมเทียม |
| <input type="checkbox"/> แผนกกายภาพบำบัด | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทย | <input type="checkbox"/> แผนกโภชนาการ | <input type="checkbox"/> แผนกชักฟอก |
| <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยหนัก | <input type="checkbox"/> ห้องตรวจภายในและสูดมดลูก | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัดเล็ก | <input type="checkbox"/> ห้องให้การรักษา |
| <input type="checkbox"/> ห้องทารกหลังคลอด | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ | <input type="checkbox"/> ห้องไตเทียม | <input type="checkbox"/> ห้องทันตกรรม |
| <input type="checkbox"/> รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปิดหัวใจ | <input type="checkbox"/> การสวนหัวใจ | <input type="checkbox"/> รังสีบำบัด |
| <input type="checkbox"/> การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า | <input type="checkbox"/> การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ | <input type="checkbox"/> ห้องเก็บศพ | |
| <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ | <input type="checkbox"/> แผนกการนวด | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนจีน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ)

ณ สถานพยาบาลชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖
พร้อมสำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน
และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพ

- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อนุญาต
- สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- สำเนาโฉมบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี) หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
- เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้
- (ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล
- (ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง
- (ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร
- (ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร
- (จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร
- (ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร
- (ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

- กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมียกเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
- (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
- (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

- หมายเหตุ**
1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
 2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ.....ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่.....

ได้รับ หนังสืออนุมัติ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ.....ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ปัจจุบันข้าพเจ้า

 ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ)

.....

.....

.....

 ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....มาก่อน

แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล.....

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้.....

.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

 สำเนาบัตรประจำตัว สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป อื่นๆ.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ : ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | <input type="checkbox"/> สำเนาผู้บัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี) | |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๔ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลมาก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

บันทึกชี้แจงการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล (คลินิก)

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า ๑.๑ ชื่อ.....

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) (๒)

ได้ยื่นขอรับอนุญาตประกอบกิจการ/ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด นครสวรรค์ รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ข้าพเจ้า ขอชี้แจงแนวทางในการควบคุมการติดเชื้อภายในสถานพยาบาล ดังนี้

๒.๑ ภาชนะที่ใช้ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อ

.....
.....
.....

๒.๒ ภาชนะที่ใช้ในการเก็บขยะติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด สไลด์ ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว เป็นต้น

.....
.....
.....

๒.๓ สถานที่ส่งกำจัดขยะติดเชื้อ

.....
ระยะเวลาหรือความถี่ในการส่งกำจัด

๒.๔. การทำความสะอาดและการทำให้ปราศจากเชื้อ

บริเวณพื้นห้องตรวจ.....

บริเวณพื้นห้องทำแผล/ห้องปฏิบัติการ.....

.....
เตียงตรวจ.....
รถทำแผล.....

เครื่องมือตรวจโรคทั่วไป เช่น เครื่องวัดความดัน หูฟัง.....

.....
ปรอทวัดไข้.....
ไม้กีดลัน.....

ขวดแก้วแบ่งน้ำยาบนรถทำแผล.....

.....
.....
.....

วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่เป็นแอสเทนเลส หรือ โลหะ เช่น กระจุกใส่ Transfer Forceps, Forceps, Curette, กรรไกรตัดไหม, ถาดใส่เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ, หม้อก๊อช/สาลี เป็นต้น.....

Set Sterile ต่างๆ เช่น Set ทำแผล, Set เย็บแผล เป็นต้น.....

เข็ม, Syring, ถุงมือ.....

เครื่องมือแพทย์หรือเครื่องมือทันตกรรมต่างๆ

ชุดตรวจฟัน ชุดอุดฟัน ชุดถอนฟัน (ที่ทำด้วยโลหะ).....

ค้ำมกรอฟัน (กรอช้า/กรอเร็ว).....

เครื่องดูดหินปูนไฟฟ้า.....

ค้ำมจับ Suction, tripple Syring, ท่อนำแสงของเครื่องฉายแสง.....

เครื่องมือ/วัสดุที่ทำด้วยพลาสติกยาง เช่น ค้ำมฟูกัน, Rubber cup, ขนแปรงฟูกัน.....

การทำลายเชื้อพื้นผิวที่ปนเปื้อน เช่น เบาะเก้าอี้ทำฟัน, ปุ่มปรับต่างๆ.....

อื่นๆได้แก่.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน

หลักฐานการใช้บริการกำจัดขยะติดเชื้อ

.....

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ
(.....)

หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (เจ้าของอาคาร) อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....เป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ในบ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้(ผู้ขอประกอบการ).....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....ใช้สถานที่ตามสถานที่ดังกล่าวข้างต้น ในการประกอบกิจการ

ได้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ขอรับรองว่าหนังสือฉบับนี้ได้ทำขึ้นโดยถูกต้องตามความเป็นจริง ทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอม *
(.....) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ผู้ขอประกอบการ
(.....) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ ให้แนบเอกสารดังนี้ประกอบด้วย พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้คำยินยอม / เจ้าของบ้าน
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ให้คำยินยอม / เจ้าของบ้าน

หากมีสัญญาเช่าร้าน ให้ถ่ายสำเนาสัญญาเช่าพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแทนหนังสือนี้

ติดอากร

แสตมป์

30 บาท

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

(ชื่อและประเภทนิติบุคคล) สำนักงานแห่งใหญ่ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โดยมี.....

(ชื่อกรรมการที่มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัท)

เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลกระทรวงพาณิชย์

เลขที่.....ลงวันที่.....ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้.....

(ชื่อผู้ที่บริษัทประสงค์จะให้ถือใบอนุญาต)

เป็นผู้ดำเนินกิจการและมีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในการที่จะต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติ

สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้โดยให้.....

(ชื่อผู้ที่บริษัทประสงค์จะให้ถือใบอนุญาต)

เป็นผู้ลงลายมือชื่อในคำขอ และลงนามในเอกสารทั้งปวงที่เกี่ยวกับการขออนุญาต ต่ออายุใบอนุญาต

แก้ไขเปลี่ยนแปลง ตลอดจนแก้ไขตัดทอนเพิ่มเติมเอกสารเหล่านั้น รับรองเอกสารต่างๆ รับทราบคำสั่งทาง

ราชการตลอดจนกิจการอันเป็นปกติธุระที่ผู้รับอนุญาตโดยทั่วไปจะพึงกระทำได้

การใดที่ผู้ดำเนินกิจการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าวได้กระทำไป ภายใต้ขอบเขตแห่งการ

มอบอำนาจนี้ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการทั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....

ประทับตราสำคัญ

ของบริษัท

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้ง

(.....) ผู้ดำเนินกิจการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้ง

(.....) ผู้ดำเนินกิจการ

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

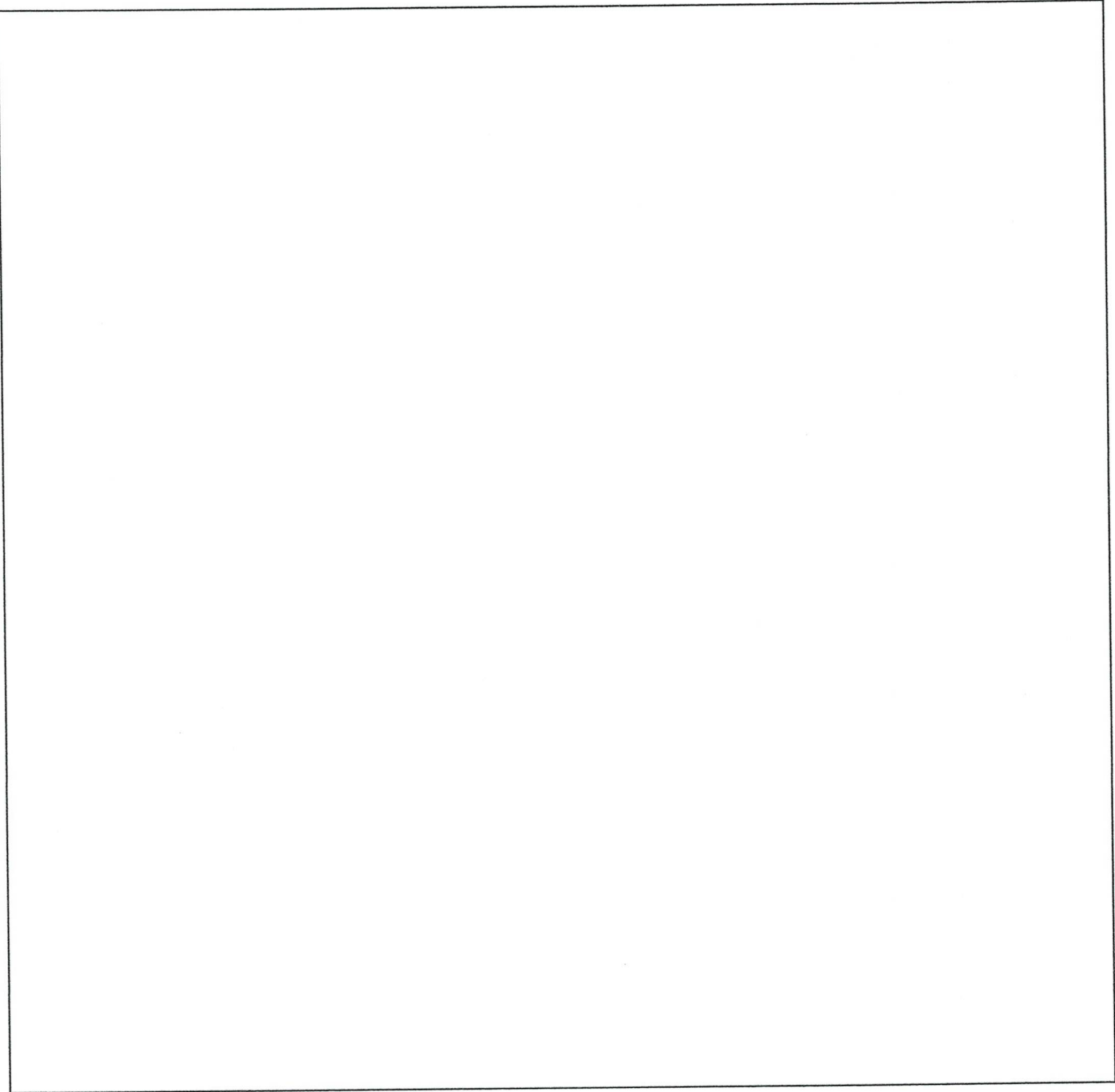
กรรมการ
บริษัทผู้มีอำนาจ
ลงนามผูกพัน

หมายเหตุ : ให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันฉบับล่าสุดด้วย

แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....



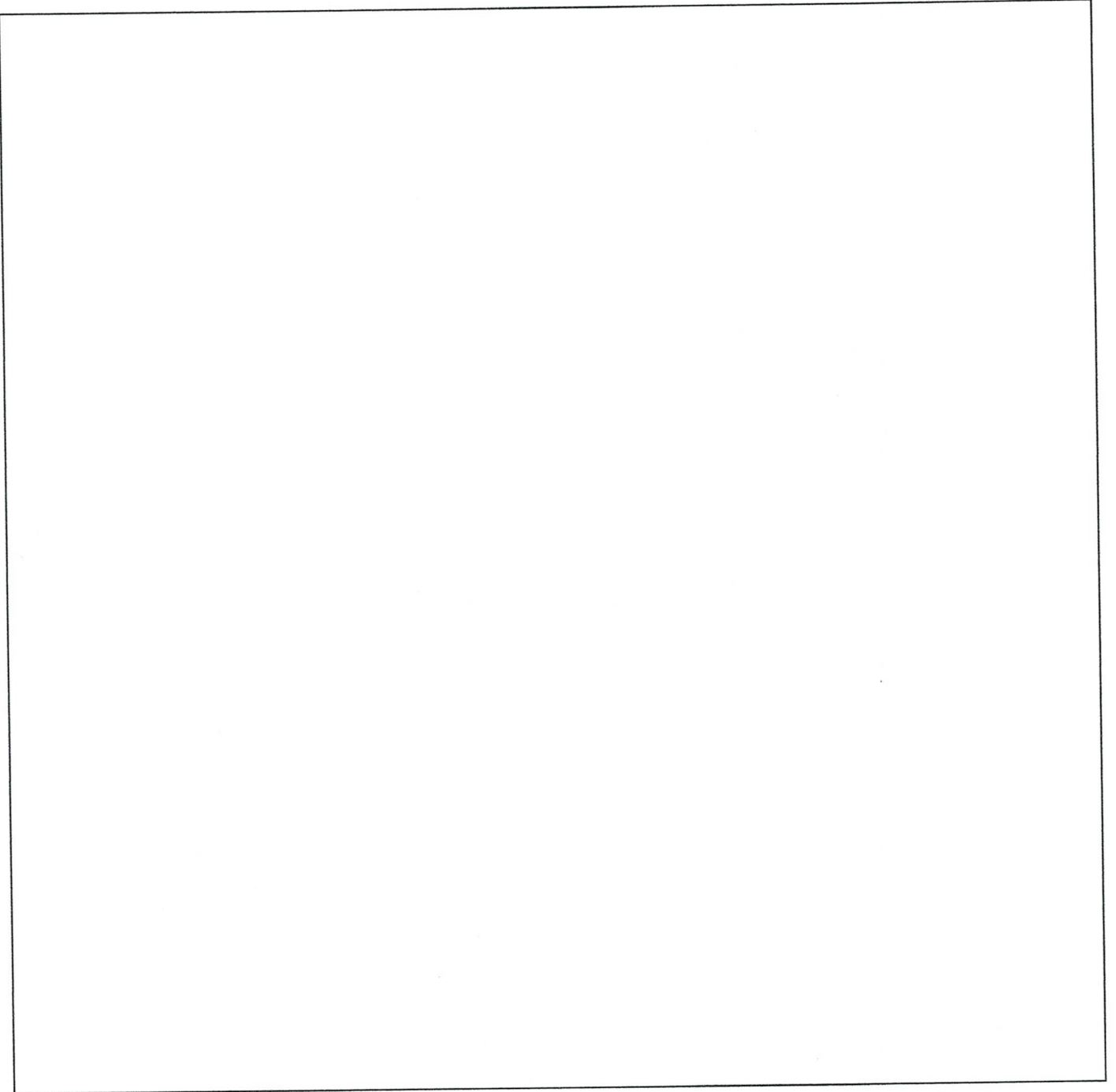
รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

แผนผังภายใน

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....



รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

- ภาพถ่ายด้านหน้าสถานพยาบาลระยะไกล

- ป้ายชื่อสถานพยาบาล
- อาคาร/บริเวณใกล้เคียง

- ภาพถ่ายด้านหน้าสถานพยาบาลระยะใกล้

- เวลาเปิดทำการ
- ข้อความโฆษณา

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

- ภาพถ่ายขนาดป้ายชื่อคลินิก

- ขนาดป้ายชื่อคลินิก (ขนาดไม่น้อยกว่า 40 ซม. X 120 ซม.)

ชื่อคลินิกตามชื่อที่กำหนด
เลขที่ใบอนุญาต XX X XX XXXX XX

≥ 120 ซม.

≥ 40 ซม.

- ภาพถ่ายขนาดตัวอักษรชื่อคลินิกและเลขที่ใบอนุญาต

- ขนาดความสูงตัวอักษรชื่อคลินิก (ขนาดไม่น้อยกว่า 10 ซม.)

- ขนาดความสูงตัวอักษรคำว่าเลขที่ใบอนุญาต (ขนาดไม่น้อยกว่า 5 ซม.)

ชื่อคลินิกตามชื่อที่กำหนด
เลขที่ใบอนุญาต XX X XX XXXX XX

≥ 10 ซม.

≥ 5 ซม.

≥ 120 ซม.

≥ 40 ซม.

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- โຕะซึกประวัติ
- ป้ายแสดงข้อความ สอบถามอัตราค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการของสถานพยาบาลได้ที่นี้
(ขนาดตัวอักษรสูงไม่น้อยกว่า 10 ซม.)

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- โຕะตรวจโรค เตียงตรวจโรคพร้อมบันไดขึ้น
- อุปกรณ์เครื่องมือตรวจโรค

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- ถังขยะติดเชื้อพร้อมปิดป้ายแสดง (ถุงสีแดง)
- ถังขยะทั่วไปพร้อมปิดป้ายแสดง

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- ถังดับเพลิงขนาดไม่น้อยกว่า 10 ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยส่วนบนสุดสูงจากพื้นไม่เกิน 1.5 เมตร พร้อมวิธีการใช้งาน

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (ขนาดตัวอักษรสูงไม่น้อยกว่า 1 ซม.)

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- ป้ายห้ามสูบบุหรี่

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

• ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- อ่างล้างมือในห้องตรวจ ก๊อกน้ำแบบไม่ใช้มือหมุนเปิด พร้อมอุปกรณ์ เช่น สบู่ กระดาษชำระ ผ้าเช็ดมือ

• ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- ยาและเวชภัณฑ์
- ตู้เก็บยาและเวชภัณฑ์

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- ซองยา หรือภาชนะบรรจุยาต้องมีชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ – สกุลผู้ป่วย
วัน เดือน ปี ที่จ่ายยา ชื่อยา ขนาดยา ความรุนแรงของยา จำนวนยาที่ส่งจ่าย วิธีใช้ ข้อบ่งชี้หรือสรรพคุณของยา
คำเตือนหรือข้อความระวังของยาที่สำคัญ และ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- เวชระเบียนผู้ป่วย (OPD Card/โปรแกรมคอมพิวเตอร์)

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- อัตราการรักษาพยาบาล ค่าบริการ บัญชีรายการยา (แผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์)

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- อุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉิน
- ยาสำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (เฉพาะสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านเวชกรรม หรือ ทันตกรรม เท่านั้น)

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- เอกสารการกำจัดขยะติดเชื้อ (สัญญา/ใบเสร็จ)

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- ห้องน้ำผู้มารับบริการ

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

ปิดอากร
แสตมป์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อยู่บ้านเลขที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อยู่บ้านเลขที่.....

วันหมดอายุ.....ออกให้โดย.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ.....

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

กิจการที่มอบอำนาจได้

1) การยื่นคำขอตามแบบ ส.พ.1, ส.พ.2, ส.พ.3, ส.พ.4, ส.พ.5,ส.พ.6,ส.พ.10,ส.พ.11,ส.พ.13,ส.พ.14,ส.พ.15,ส.พ.16,ส.พ.17ส.พ.20,ส.พ.21, ส.พ.22

2) การรับใบอนุญาต สมุดทะเบียนสถานพยาบาล หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม ตามแบบ ส.พ.7, ส.พ.8, ส.พ.9, ส.พ.12, ส.พ.19

3) การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี

หมายเหตุ การทำการแทนครั้งเดียว คิดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท ถ้ามากกว่าครั้งเดียว คิดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท การรับใบอนุญาต ยกเว้นไม่ต้องติดอากรแสตมป์
แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ พร้อมเซ็นต์ชื่อรับรองสำเนา