แบบกำกับระยะเวลาการทำงานตามคู่มือประชาชน

เรื่อง การขออนุญาตเปิดสถานพยาบาล (เปิดใหม่)

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม 67 วันทำการ

ชื่อสถานพยาบาล.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขั้นตอนการดำเนินการ

<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>ขั้นตอน</th><th>ระยะเวลา</th><th>ลงนาม</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ผู้ประกอบการยื่นคำขอ
เจ้าหน้าที่รับคำขอตรวจสอบความครบถ้วน/ถูกต้องของคำขอและเอกสารประกอบคำขอ</td><td>1 วันทำการ
...../...../.....</td><td>ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร
(.....)</td></tr>
<tr><td colspan="2">คำขอฯไม่ครบถ้วน/ถูกต้อง
หมายเหตุ .....</td><td colspan="2">ผู้รับเรื่องคืน.....
ผู้คืนเรื่อง.....</td></tr>
<tr><td rowspan="3">2</td><td>เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนการจัดตั้งสถานพยาบาล</td><td>60 วันทำการ
...../...../.....</td><td>เจ้าหน้าที่
(.....)</td></tr>
<tr><td>เจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่</td><td>...../...../.....</td><td>เจ้าหน้าที่
(.....)</td></tr>
<tr><td>นำเสนอคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาเห็นชอบ คณะอนุกรรมการมีมติอนุญาต/ไม่อนุญาต</td><td>...../...../.....</td><td>เจ้าหน้าที่
(.....)</td></tr>
<tr><td>3</td><td>เสนอผู้อนุญาตลงนาม</td><td>5 วันทำการ
...../...../.....</td><td>เจ้าหน้าที่
(.....)</td></tr>
<tr><td>4</td><td>แจ้งผลการพิจารณา</td><td>1 วันทำการ
...../...../.....</td><td>เจ้าหน้าที่
(.....)</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ผู้ยื่นคำขอมารับใบอนุญาตฯ หลังได้รับหนังสือแจ้ง</td><td colspan="2">ผู้รับเอกสาร
.....
(.....)
วันที่ ...../...../.....
ผู้จ่ายเอกสาร
.....
(.....)
วันที่ ...../...../.....</td></tr>
</table>

สำหรับเจ้าหน้าที่

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.	หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานผู้ประกอบวิชาชีพ (ส.พ.6) 1 ฉบับ			
5.	คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.18) 1 ฉบับ			
6.	**ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล** (กรณีผู้ประกอบกิจการ/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 หนังสือแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ 1 ฉบับ 6.2.2 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล 1 ฉบับ 6.2.3 สำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจลงนาม 1 ฉบับ 6.2.4 สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีอำนาจลงนาม 1 ฉบับ 6.2.5 สำเนาหนังสือสัญญาการจัดตั้งห้างหุ้นส่วน 1 ฉบับ			
7.	**ผู้ดำเนินกิจการสถานพยาบาล** (กรณีผู้ประกอบกิจการ/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

แบบ ส.พ. ๑

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

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 .....

.....

☐ ๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย .....

.....

.....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน ..... ฉบับ คือ

- ❑ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
- ❑ แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล
- ❑ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
- ❑ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
- ❑ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
- ❑ สำเนาบัตรประจำตัว
- ❑ ใบรับรองแพทย์
- ❑ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- ❑ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- ❑ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ : ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. 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

แบบ ส.พ. ๕

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

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

☐ อายุรกรรม ☐ ศัลยกรรม ☐ สูตินรีเวชกรรม ☐ กุมารเวชกรรม

☐ แผนกเทคนิคการแพทย์ ☐ แผนกออร์โธปิดิกส์ ☐ แผนกโรคผิวหนัง ☐ แผนกการผสมเทียม

☐ แผนกกายภาพบำบัด ☐ แผนกการแพทย์แผนไทย ☐ แผนกโภชนาการ ☐ แผนกชักฟอก

☐ หอผู้ป่วยหนัก ☐ ห้องตรวจภายในและขูดมดลูก ☐ ห้องผ่าตัดเล็ก ☐ ห้องให้การรักษา

☐ ห้องทารกหลังคลอด ☐ การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ☐ ห้องไตเทียม ☐ ห้องทันตกรรม

☐ รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ ☐ การผ่าตัดเปิดหัวใจ ☐ การสวนหัวใจ ☐ รังสีบำบัด

☐ การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ☐ การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ ☐ ห้องเก็บศพ

☐ แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ☐ แผนกการนวด ☐ แผนกการแพทย์แผนจีน ☐ อื่น ๆ .....

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

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ พร้อมสำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบวิชาชีพ

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อนุญาต

สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล

ใบรับรองแพทย์

สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

สำเนาวุฒิบัตร 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 จะต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

(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

แบบ ส.พ. ๖

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 .....

.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

[ ] สำเนาบัตรประจำตัว

[ ] สำเนาทะเบียนบ้าน

[ ] สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ

[ ] สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ

[ ] รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

[ ] อื่น ๆ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง [ ] หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๑๘

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

☐ คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....
.....
.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....
ถนน ..... ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ .....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ..... ออกให้ ณ วันที่ .....
☐ วุฒิบัตร ☐ หนังสืออนุมัติ☐ หนังสือรับรอง สาขา.....
ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง
วัน/เวลาทำการ..... เพื่อ ☐ ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่
☐ ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก ☐ ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน
☐ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป
ลักษณะสถานพยาบาล ..... ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า
☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....
ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้
(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ ใบรับรองแพทย์
☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)
☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
☐ รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง
☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

<u>หมายเหตุ</u> ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

บันทึกชี้แจงการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล (คลินิก)

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า ☐ ๑.๑ ชื่อ.....

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

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.....

ไม้กดลิ้น.....

ขวดแก้วแบ่งน้ำยาบนรถทำแผล.....

.....

วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่เป็นแสตนเลส หรือ โลหะ เช่น กระปุกใส่ Transfer Forceps, Forceps, Curette, กรรไกรตัดไหม, ถาดใส่เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ, หม้อก๊อซ/สาลี เป็นต้น.....

.....

.....

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

.....

.....

เข็ม, Syring, ถุงมือ.....

.....

<u>เครื่องมือแพทย์หรือเครื่องมือทันตกรรมต่างๆ</u>

ชุดตรวจฟัน ชุดอุดฟัน ชุดถอนฟัน (ที่ทำด้วยโลหะ).....

.....

ด้ามกรอฟัน (กรอช้า/กรอเร็ว).....

.....

เรื่องขูดหินปูนไฟฟ้า.....

.....

ด้ามจับ Suction, tripple Syring, ท่อนำแสงของเครื่องฉายแสง.....

.....

เครื่องมือ/วัสดุที่ทำด้วยพลาสติกยาง เช่น ด้ามพู่กัน, Rubber cup, ขนแปรงพู่กัน.....

.....

การทำลายเชื้อพื้นผิวที่ปนเปื้อน เช่น เบาะเก้าอี้ทำฟัน, ปุ่มปรับต่างๆ.....

.....

อื่นๆได้แก่.....

.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ หลักฐานการใช้บริการกำจัดขยะติดเชื้อ

☐ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....)

<u>หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่</u>

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)

เป็นผู้ดำเนินกิจการและมีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในการที่จะต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้โดยให้.....

(ชื่อผู้ที่บริษัทประสงค์จะให้ถือใบอนุญาต)

เป็นผู้ลงลายมือชื่อในคำขอ และลงนามในเอกสารทั้งปวงที่เกี่ยวกับการขออนุญาต ต่ออายุใบอนุญาต แก้ไขเปลี่ยนแปลง ตลอดจนแก้ไขตัดทอนเพิ่มเติมเอกสารเหล่านั้น รับรองเอกสารต่างๆ รับทราบคำสั่งทางราชการตลอดจนกิจการอันเป็นปกติธุระที่ผู้รับอนุญาตโดยทั่วๆไปจะพึงกระทำได้

การใดที่ผู้ดำเนินกิจการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าวได้กระทำไป ภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการทั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....

ประทับตราสำคัญ
ของบริษัท

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้ง
(.....) ผู้ดำเนินกิจการ

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้ง
(.....) ผู้ดำเนินกิจการ

กรรมการบริษัทผู้มีอำนาจลงนามผูกพัน

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันฉบับล่าสุดด้วย

แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาล

ชื่อสถานยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

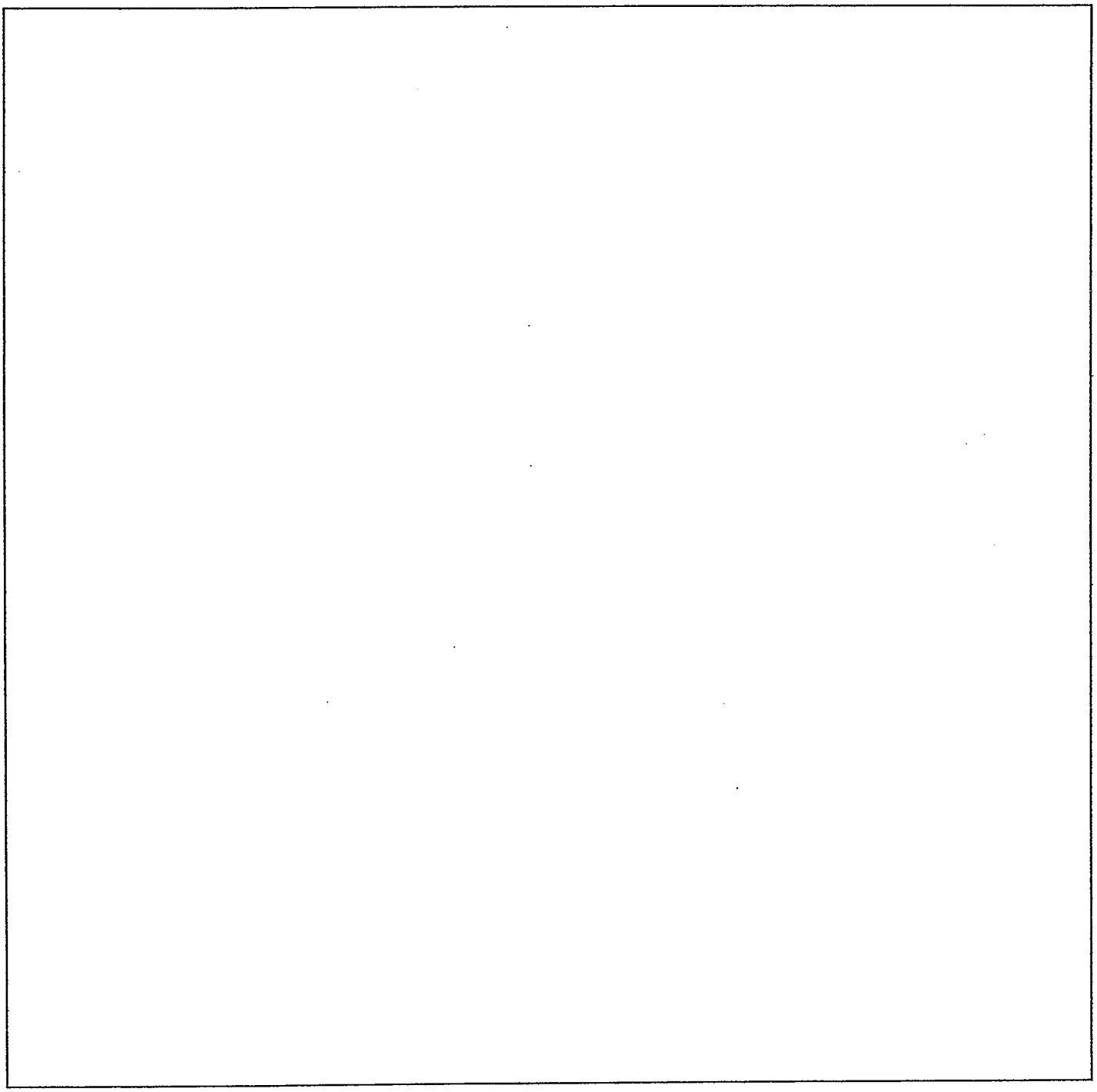
(.....)

แผนผังภายใน

ชื่อสถานยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....



รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

- ภาพถ่ายด้านหน้าสถานพยาบาลระยะไกล

- ป้ายชื่อสถานพยาบาล - อาคาร/บริเวณใกล้เคียง

- ภาพถ่ายด้านหน้าสถานพยาบาลระยะใกล้

- เวลาเปิดทำการ - ข้อความโฆษณา

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

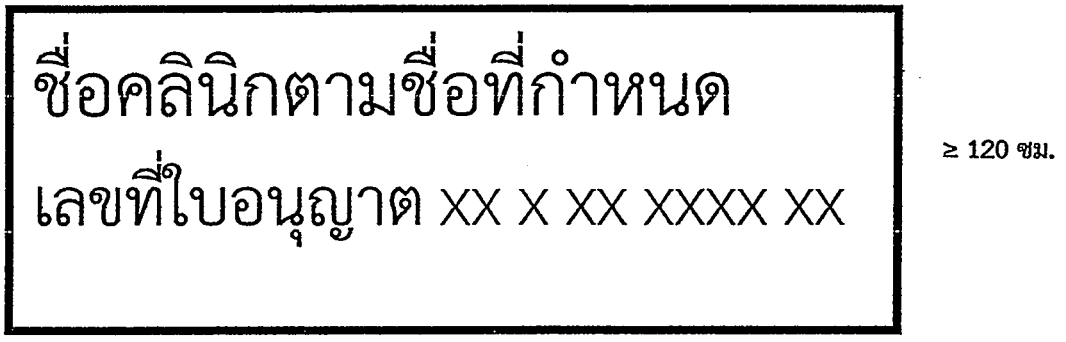
ชื่อสถานยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

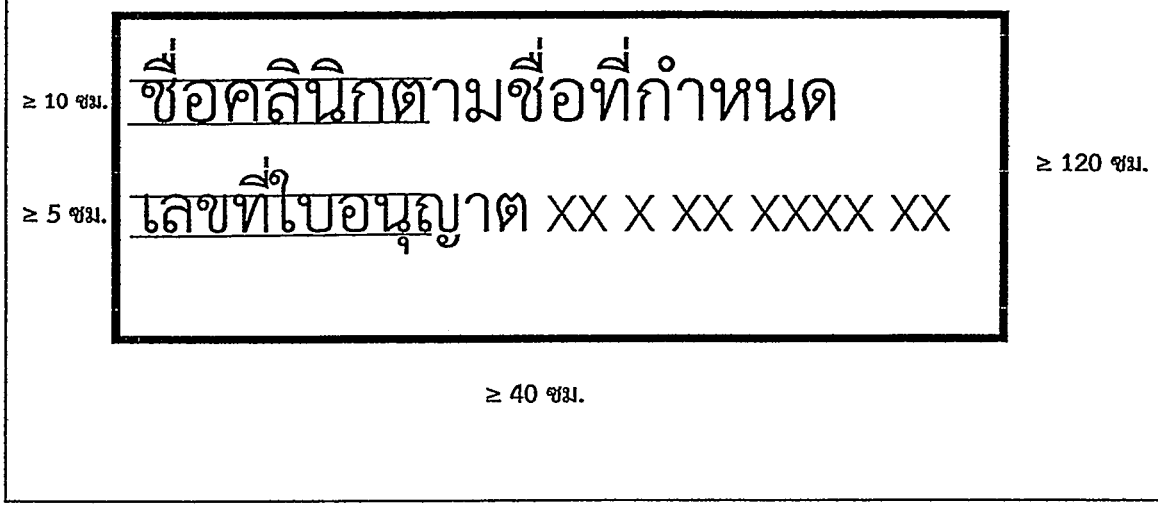
- ภาพถ่ายขนาดป้ายชื่อคลินิก

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



- ภาพถ่ายขนาดตัวอักษรชื่อคลินิกและเลขที่ใบอนุญาต

- ขนาดความสูงตัวอักษรชื่อคลินิก (ขนาดไม่น้อยกว่า 10 ซม.)
- ขนาดความสูงตัวอักษรคำว่าเลขที่ใบอนุญาต (ขนาดไม่น้อยกว่า 5 ซม.)



รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- โต๊ะซักประวัติ
- ป้ายแสดงข้อความ สอบถามอัตราค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการของสถานพยาบาลได้ที่นี่ (ขนาดตัวอักษรสูงไม่น้อยกว่า 10 ซม.)

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- โต๊ะตรวจโรค เตียงตรวจโรคพร้อมบันไดขึ้น
- อุปกรณ์เครื่องมือตรวจโรค

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- ถังขยะติดเชื้อพร้อมปิดป้ายแสดง (ถุงสีแดง)
- ถังขยะทั่วไปพร้อมปิดป้ายแสดง

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- ถังดับเพลิงขนาดไม่น้อยกว่า 10 ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยส่วนบนสุดสูงจากพื้นไม่เกิน 1.5 เมตร พร้อมวิธีการใช้งาน (ขนาด A4)

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (ขนาดตัวอักษรสูงไม่น้อยกว่า 1 ซม.)

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- ป้ายห้ามสูบบุหรี่

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- อ่างล้างมือในห้องตรวจ ก๊อกน้ำแบบไม่ใช้มือหมุนเปิด พร้อมอุปกรณ์ เช่น สบู่ กระดาษชำระ ผ้าเช็ดมือ

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- ยาและเวชภัณฑ์
- ตู้เก็บยาและเวชภัณฑ์

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

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

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- เวชระเบียนผู้ป่วย (OPD Card/โปรแกรมคอมพิวเตอร์)

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ บัญชีรายการยา (แผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์)

- ภาพถ่ายด้านในสถานพยาบาล

- อุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉิน
- ยาสำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (เฉพาะสถานพยาบาลที่ให้บริกานด้านเวชกรรม หรือ ทันตกรรม เท่านั้น)

รับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

ภาพถ่ายสถานพยาบาล

ชื่อสถานยาบาล.....

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 ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท ถ้ามากกว่าครั้งเดียว ติดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท
การรับใบอนุญาต ยกเว้นไม่ต้องติดอากรแสตมป์
แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ พร้อมเซ็นต์ชื่อรับรองสำเนา