คู่มือการขออนุญาตเปิดสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก)

(ตัวอย่างเอกสารและแนวทางขั้นตอนการขออนุญาต)

การขออนุญาตเปิดสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก) ต้องขออนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ อยู่ในความรับผิดชอบของ งานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬการขออนุญาตให้ดำเนินการดังนี้

การขอรับแบบฟอร์ม และการยื่นหลักฐานเอกสาร

ขอรายละเอียด พร้อมแบบฟอร์มที่ใช้ และยื่นหลักฐานเอกสารการขออนุญาตได้ที่ แผนกทะเบียนสถานประกอบการ งานปฏิบัติการด้านกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

หลักฐานเอกสารที่ใช้(กรณีบุคคลธรรมดา)

ให้ผู้ขออนุญาตยื่นคำขอแสดงความจำนง ที่จะขออนุญาตเปิดสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก) ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ตามแบบ ส.พ.๑,ส.พ.๒,ส.พ๕,ส.พ.๖,ส.พ.๑๘ พร้อมกับยื่นเอกสารดังต่อไปนี้ จำนวนอย่างละ ๒ ชุด

๑. แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

๒. แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล

๓. แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

๔.สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต

๕. สำเนาบัตรประจำตัว

๖. สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล

๗.ใบรับรองแพทย์

๘.สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล(กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)

๙.สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

๑๐.รูปถ่ายขนาด ๘*๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

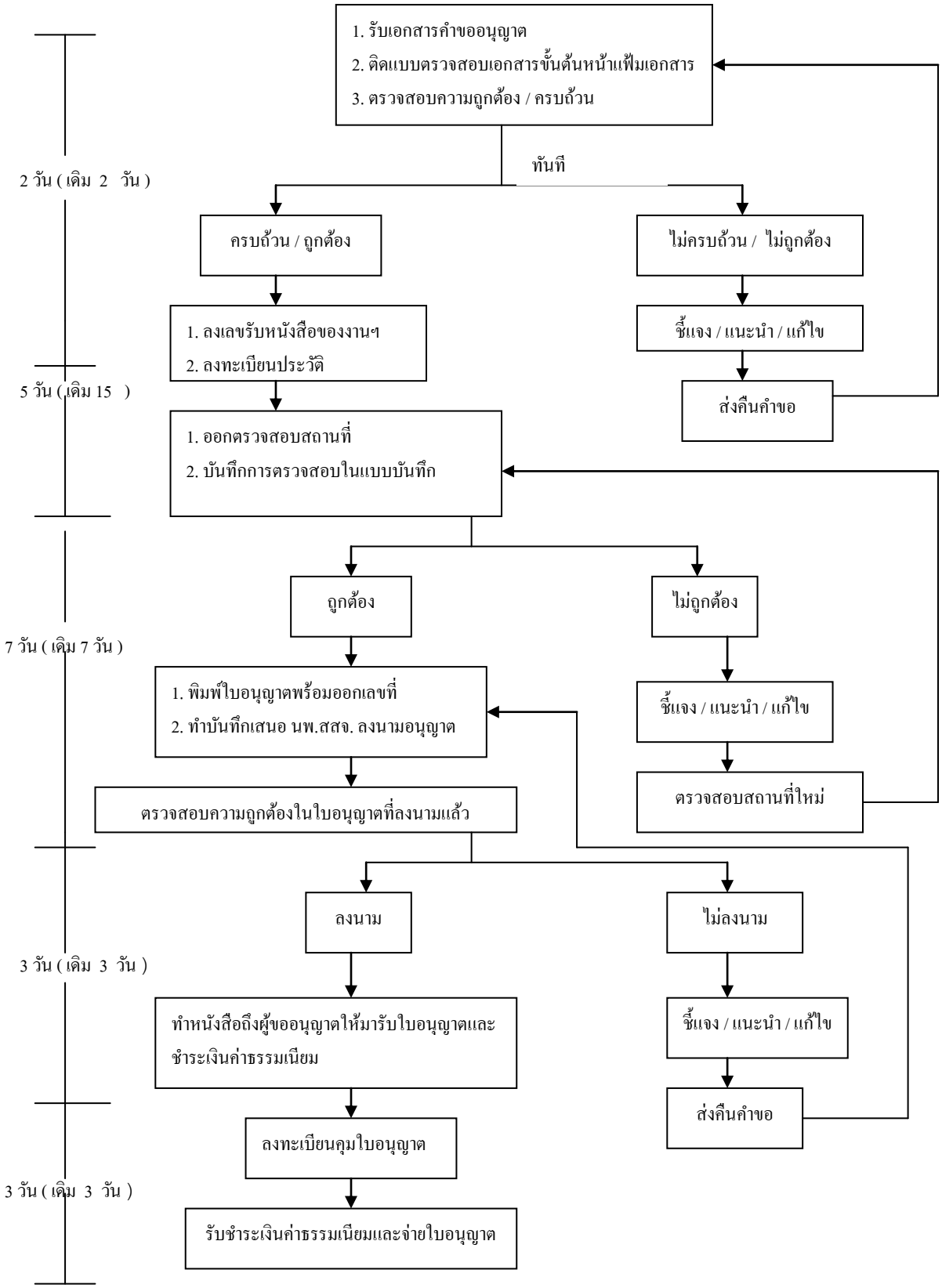
๑๑. รูปถ่ายขนาด ๒.๕*๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๒ รูป

๑๒.สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

๑๓.สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรอง

๑๔.ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ฉบับละ ๑,๐๐๐.- บาทและค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับละ ๒๕๐.- บาท

แผนภูมิขั้นตอนการขออนุญาตเปิดสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก)



สรุป รวมระยะเวลาดำเนินการประมาณ 20 วันทำการ จากเดิม 30 วันทำการ

แบบฟอร์มต่าง ๆที่ใช้ในการขออนุญาต

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 ☐คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง ……. ☐ คลินิกทันตกรรม
☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง **…….** ☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
☐ คลินิกกายภาพบำบัด ☐คลินิกเทคนิคการแพทย์ ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย
☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์
☐สหคลินิก ประกอบด้วย

……

☐ ๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย
……..

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ …… ซอย/ตรอก …… ถนน ……..……..……ตำบล/แขวง
……..อำเภอ/เขต ……..…จังหวัด……..……รหัสไปรษณีย์
…… โทรศัพท์ ……..……โทรสาร……ไปรษณีย์
อิเล็กทรอนิกส์……..……

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน ..... ฉบับ คือ

☐แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ☐ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

☐แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล

☐สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต ☐ สำเนาบัตรประจำตัว

☐สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ใบรับรองแพทย์

☐สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)

☐สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

☐

อื่นๆ……
……..……..

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) …… ผู้ยื่นคำขอ

(…..……..……..)

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๒

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

☐ คลินิกเวชกรรม☐ คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง…… ☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง **……** ☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด ☐คลินิกเทคนิคการแพทย์ ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ 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……

<u>หมายเหตุ</u> 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.....

ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล

๒.๑ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ คลินิกเวชกรรม ☐คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด ☐คลินิกเทคนิคการแพทย์ ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย

.....

.....

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ ห้องเอกซเรย์ ☐ห้องไตเทียม ☐ห้องผ่าตัด ☐ ห้องฝังเข็ม

☐ อื่นๆ .....

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐โรงพยาบาลเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไป

☐ สถานพยาบาลเวชกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลทันตกรรมทั่วไป

☐ สถานพยาบาลทันตกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลการผดุงครรภ์

☐ สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ☐สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ☐ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ อายุรกรรม ☐ศัลยกรรม ☐สูตินรีเวชกรรม ☐ กุมารเวชกรรม

☐ แผนกเทคนิคการแพทย์ ☐ แผนกออร์โธปิดิกส์ ☐แผนกโรคผิวหนัง ☐ แผนกการผสมเทียม

☐ แผนกกายภาพบำบัด ☐แผนกการแพทย์แผนไทย ☐แผนกโภชนาการ ☐ แผนกซักฟอก

☐ หอผู้ป่วยหนัก ☐ห้องตรวจภายในและขูดมดลูก ☐ห้องผ่าตัดเล็ก ☐ ห้องให้การรักษา

☐ ห้องทารกหลังคลอด ☐การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ☐ห้องไตเทียม ☐ ห้องทันตกรรม

☐ รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ ☐ การผ่าตัดเปิดหัวใจ ☐การสวนหัวใจ ☐ รังสีบำบัด

☐ การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ☐ การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ ☐ ห้องเก็บศพ

☐ แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ☐แผนกการนวด ☐ แผนกการแพทย์แผนจีน

☐ อื่นๆ ……..……..

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) ……

……

ณ สถานพยาบาลชื่อ ……..……

ตั้งอยู่เลขที่ …….. หมู่ที่ …… ซอย/ตรอก …… ถนน ……

ตำบล/แขวง …….…….. อำเภอ/เขต …… จังหวัด ……รหัสไปรษณีย์……โทรศัพท์ ……โทรสาร…… ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์……..

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน……..ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส. ๖

☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบวิชาชีพ

☐ 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

Y 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 ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

□ สำเนาทะเบียนบ้าน □ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง
□ ใบรับรองแพทย์ □ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
□ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)
□ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
□ รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

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

แบบฟอร์มตัวอย่างต่าง ๆที่ใช้ในการขออนุญาต

แบบ ส.พ. ๑

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

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่ ……..……
……..
วันที่ ……. เดือน ……. พ.ศ. ……..

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ …นางสายบัว เพ็ญพักตร์……..

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ……ไทย…..... อายุ …๓๗ ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล…….……

โดย (๑) ……..…….. เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) ……..เลขประจำตัว

เป็นนิติบุคคลประเภท …….. จดทะเบียนเมื่อ……....…..เลขทะเบียน ……

๑.๓ มี ☑บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่๐๑…… หมู่ที่ …-…… ซอย/ตรอก ……

ถนน ……สระหลวง…….…….. ตำบล/แขวง…….ในเมือง……..…. อำเภอ/เขต ……เมือง……

จังหวัด ……พิจิตร…….. รหัสไปรษณีย์……๖๖๐๐๐…… โทรศัพท์ ……..……..…

โทรสาร..……..……..…… ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์…….

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

☐ คลินิกเวชกรรม ☐คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง …… ☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง **……** ☑ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด ☐คลินิกเทคนิคการแพทย์ ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย ……

☐ ๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย

……..

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ …๐๑… ซอย/ตรอก …… ถนน ……..สระหลวง……ตำบล/แขวง ……

ในเมือง……..อำเภอ/เขต ……เมือง……..…จังหวัด……พิจิตร……...…..รหัสไปรษณีย์ ……

๖๖๐๐๐…… โทรศัพท์ ……..……โทรสาร……ไปรษณีย์

อิเล็กทรอนิกส์……..……

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
☐ แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล
☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
☐ ใบรับรองแพทย์
☐ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
☐ สำเนาบัตรประจำตัว
☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
☐

อื่นๆ.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

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

(ลายมือชื่อ) .....สายบัว เพ็ญพักตร์..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....นางสายบัว เพ็ญพักตร์.....)

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๒

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

☐ คลินิกเวชกรรม ☐คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง ..... ☑ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด ☐คลินิกเทคนิคการแพทย์ ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย

.....

.....

๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม .....

.....

๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ ☐เป็นอาคารอยู่อาศัย ☐เป็นห้องแถว☐ เป็นตึกแถว

☐ เป็นบ้านแถว ☐เป็นบ้านแฝด ☐เป็นอาคารพาณิชย์ ☐ ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า

☐ อื่น ๆ ..... มี.....คูหา.....ชั้น

๔. พื้นที่.....๒๐.....ตารางเมตร กว้าง...๔.....เมตร ยาว...๕.....เมตร สูง...๓.....เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....๑.....คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ นางสายบัว เพ็ญพักตร์ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ๔๕๑๒๓๔๕๖๗๘

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ..... วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ...สายบัว เพ็ญพักตร์... ผู้ยื่นคำขอ

(.....นางสายบัว เพ็ญพักตร์.....)

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 .....นางสายบัว เพ็ญพักตร์.....

เลขประจำตัว | | | | | | | | | | | | | สัญชาติ.....ไทย..... อายุ ...๓๗..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) .....เลขประจำตัว | | | | | | | | | | | | | |

และ (๒) .....เลขประจำตัว

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี ☑ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่๐๑..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน .....สระหลวง..... ตำบล/แขวง .....ในเมือง..... อำเภอ/เขต ...เมือง..... จังหวัด ...

พิจิตร..... รหัสไปรษณีย์.....๖๖๐๐๐..... โทรศัพท์ .....

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

ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☑ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล

๒.๑ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ คลินิกเวชกรรม ☐ คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง..... ☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง ..... ☑ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด ☑ คลินิกเทคนิคการแพทย์ ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย

.....

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ ห้องเอกซเรย์ ☑ ห้องไตเทียม ☑ ห้องผ่าตัด ☐ ห้องฝังเข็ม

☐ อื่นๆ .....

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ โรงพยาบาลเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไป

☐ สถานพยาบาลเวชกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลทันตกรรมทั่วไป

☐ สถานพยาบาลทันตกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลการผดุงครรภ์

☐ สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ☑ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ☐ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ อายุรกรรม ☐ศัลยกรรม ☐สูตินรีเวชกรรม ☐ กุมารเวชกรรม

☐ แผนกเทคนิคการแพทย์ ☐แผนกออร์โธปิดิกส์ ☐แผนกโรคผิวหนัง☐ แผนกการผสมเทียม

☐ แผนกกายภาพบำบัด ☐แผนกการแพทย์แผนไทย ☐แผนกโภชนาการ ☐ แผนกซักฟอก

☐ หอผู้ป่วยหนัก ☐ห้องตรวจภายในและขูดมดลูก ☐ห้องผ่าตัดเล็ก ☐ห้องให้การรักษา ☐ห้องทารกหลังคลอด

☐การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ☐ห้องไตเทียม ☐ห้องทันตกรรม ☐รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์☐ การผ่าตัดเปิดหัวใจ ☐การสวนหัวใจ ☐ รังสีบำบัด

☐ การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ☐การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ☐ ห้องเก็บศพ

☐ แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ☐แผนกการนวด ☐ แผนกการแพทย์แผนจีน

☐ อื่นๆ ……..……..

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) วันจันทร์-ศุกร์ เวลา ๑๗.๐๐–๒๐.๐๐ น. วันเสาร์-อาทิตย์ เวลา ๐๘.๐๐–๒๐.๐๐ น……..

ณ สถานพยาบาลชื่อ ……สายบัวการพยาบาลและการผดุงครรภ์……..……

ตั้งอยู่เลขที่ …๐๑.. หมู่ที่ …… ซอย/ตรอก …… ถนน ……สระหลวง……

ตำบล/แขวง ……ในเมือง…….. อำเภอ/เขต …เมือง……. จังหวัด ……พิจิตร……..รหัสไปรษณีย์…๖๖๐๐๐……โทรศัพท์ ……โทรสาร…… ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์……..

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน……..ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบท้าย ๖

☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบวิชาชีพ

☐ 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

Y อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

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

(ลายมือชื่อ) .....สายบัว เพ็ญพักตร์..... ผู้ยื่นคำขอ

(...นางสายบัว เพ็ญพักตร์.....)

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๖

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

/ เขียนที่ ……..……..……

……..

……..

วันที่ ……..…….. เดือน …… พ.ศ. ……..

ข้าพเจ้า ……นางสายบัว เพ็ญพักตร์……..…เลขประจำตัว | | | | | | | | | | | | | |

อายุ ……๓๗…… ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา…การพยาบาลและการผดุงครรภ์…….. เลขที่ใบอนุญาต…
๔๕๑๒๓๔๕๖๗๘…….. ออกให้วันที่ ……๒๕ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๔๕……..
ได้รับ ☒หนังสืออนุมัติ ☐ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ…… ออกให้วันที่……..……
อยู่บ้านเลขที่……๐๑… ซอย/ตรอก ……ถนน …สระหลวง…….. ตำบล/แขวง ……ในเมือง……..……..
อำเภอ/เขต ……เมือง…….. จังหวัด ……พิจิตร…… รหัสไปรษณีย์……๖๖๐๐๐……..……
โทรศัพท์ ……โทรสาร……ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์……

ปัจจุบันข้าพเจ้า

☐ ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

☑ รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) ……..
……รพ.พิจิตร วัน เวลาราชการ……
……

☐ ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน

☐ เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล……..……

อำเภอ/เขต …… จังหวัด ……..…….. มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ …….. เดือน …… พ.ศ. ……..

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ……สายบัวการพยาบาลและการผดุงครรภ์
โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้ ……วันจันทร์-ศุกร์ เวลา ๑๗.๐๐–๒๐.๐๐ น.
วันเสาร์-อาทิตย์ เวลา ๐๘.๐๐–๒๐.๐๐ น.……..
……

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ ☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ

☐ รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

☐ อื่น ๆ ……..

(ลายมือชื่อ) ……สายบัว เพ็ญพักตร์…… ผู้แสดงความจำนง

(…นางสายบัว เพ็ญพักตร์……..)

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

แบบ ส.พ. ๑๘

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

☑ **คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล**
☐ **คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล**

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า ...นางสายบัว เพ็ญพักตร์.....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ .....๓๗..... ปี สัญชาติ .....ไทย..... อยู่บ้านเลขที่ ...๐๑..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน ...สระหลวง... ตำบล/แขวง .....ในเมือง.....อำเภอ/เขต .....เมือง..... จังหวัด .....พิจิตร.....รหัสไปรษณีย์.....๖๖๐๐๐..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ .....การพยาบาลและการผดุงครรภ์.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ๔๕๑๒๓๔๕๖๗๘ ออกให้ ณ วันที่ ....๒๕ ธค.๒๕๔๕.....

☐ วุฒิบัตร ☐หนังสืออนุมัติ ☐ หนังสือรับรอง สาขา.....

ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☑ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

วัน/เวลาทำการวันจันทร์-ศุกร์ เวลา ๑๓.๐๐–๒๐.๐๐ น.วันเสาร์-อาทิตย์ เวลา ๐๘.๐๐–๒๐.๐๐ น. เพื่อ ☐ ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่

☐ ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก ☐ ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน

☐ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป

ลักษณะสถานพยาบาลสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์. ณ สถานพยาบาล ชื่อ สายบัวการพยาบาลและการผดุงครรภ์.....

ตั้งอยู่เลขที่ ...๐๑..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....สระหลวง.....

ตำบล/แขวง ...ในเมือง... อำเภอ/เขต .....เมือง..... จังหวัด .....พิจิตร.....รหัสไปรษณีย์....๖๖๐๐๐.....โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....
ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

☑ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้
(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

.....รพ.พิจิตร ในเวลาราชการ.....
.....
.....
.....

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) .....สายบัว เพ็ญพักตร์..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....นางสายบัว เพ็ญพักตร์.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ...สายบัว เพ็ญพักตร์.... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(...นางสายบัว เพ็ญพักตร์.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๕
สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ชื่อหน่วยงาน : .....**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น**

วัน/เดือน/ปี..... ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔.....

หัวข้อ สสอ.สูงเม่น

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

๑.ข้อมูลผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น
๒.นโยบายผู้บริหาร
๓.โครงสร้างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น
๔.หน้าที่และอำนาจของหน่วยงานตามกฎหมายจัดตั้ง
๕.ข้อมูลติดต่อหน่วยงาน
๖.ช่องทางรับฟังความคิดเห็น

Link ภายนอก :ทาง www.sasuksungmen.com

หมายเหตุ :

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล	ผู้อนุมัติรับรอง
สันติ บุญดา	ศราวุธ นันทวรรณ
(นายสันติ บุญดา)	(นายศราวุธ นันทวรรณ)
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอสูงเม่น
วันที่....๑.....เดือน..ธันวาคม.....พ.ศ.๒๕๖๔	วันที่..๑.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.๒๕๖๔

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่
อนุชา ถุงคำ
(...นายอนุชา ถุงคำ....)
ตำแหน่ง..นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ.....
วันที่....๑.....เดือน....ธันวาคม.....พ.ศ....๒๕๖๔