

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

คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

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

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

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

และ (๒) .....เลขประจำตัว 

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

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง  
ลักษณะของสถานพยาบาล .....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

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

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

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

๒. มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ ดังต่อไปนี้

- การลดหรือเพิ่มแผนกบริการ
- การลดหรือเพิ่มจำนวนเตียงรับบริการในแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยหนัก
- การลดหรือเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดหรือห้องคลอด
- การเปลี่ยนลักษณะของสถานพยาบาลจากที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว
- การเปลี่ยนลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายสถานที่หรือแผนกบริการภายในอาคารจากฝั่งเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว
- การเพิ่มหรือลดอุปกรณ์
- การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร
- การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง
- การตัดแปลงอาคารที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อกรบริการผู้ป่วยในระหว่างการดำเนินการตัดแปลงนั้น
- การตัดแปลงอาคารที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง
- อื่น ๆ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว                                 | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน                            |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์                             | <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล                       |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการจดทะเบียน (กรณีเป็นนิติบุคคล)     | <input type="checkbox"/> กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน |
| <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง      | และเป็นการเพิ่มบริการหรือก่อสร้างอาคารชั้นใหม่                       |
| <input type="checkbox"/> แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างแสดงลักษณะภายในอาคาร    | หรือตัดแปลงอาคาร จะต้อง มี   |
| <input type="checkbox"/> ส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม                   | - หลักฐานการอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล                        |
| <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล                 | - ใบอนุญาตใช้อาคาร (เฉพาะกรณีก่อสร้าง                                |
| <input type="checkbox"/> ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖     | อาคารชั้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร)                                       |
| พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน                           | - หนังสือรับรองการจัดทำรายงานการวิเคราะห์                            |
| และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบการวิชาชีพ (กรณีเพิ่ม                      | ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของกระทรวงวิทยาศาสตร์                              |
| บริการหรือเพิ่มจำนวนเตียง)   | เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม (เฉพาะกรณีก่อสร้าง                           |
| <input type="checkbox"/> สำเนาอนุมัติบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพ | อาคารชั้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร)                                       |
| ในสาขาที่ให้บริการ (ถ้ามีการให้บริการเฉพาะสาขา)                            |  |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....                                       |  |

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต  
( ..... )

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