



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
Lopburi Provincial Public Health Office

คู่มือสำหรับประชาชน : การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (คลินิก)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

กระทรวง : สาธารณสุข

ส่วนของการสร้างกระบวนการ

๑. ชื่อกระบวนการ : การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (คลินิก)
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : การอนุญาต / ออกใบอนุญาต / รับรอง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง : พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ : จังหวัดลพบุรี
๘. กฎหมาย / ข้อกำหนด / ระเบียบที่ระบุระยะเวลาในการดำเนินการของงานบริการ : ไม่มีกำหนดระยะเวลาไว้ตามกฎหมาย ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ : ไม่มี
๙. กลุ่มผู้ใช้บริการ : ประชาชนทั่วไป / ภาคเอกชน / นิติบุคคล
๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (คลินิก)

ส่วนของคู่มือประชาชน

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ๒๖๐/๕๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาสามยอด

อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี เบอร์โทรศัพท์ ๐๓๖-๔๒๑๒๐๖-๘ ต่อ ๑๑๑ หรือ ๑๔๑

วันที่ให้บริการ : เปิดให้บริการ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.

(พักเที่ยงเวลา ๑๒:๐๐ - ๑๓:๐๐ น.)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

๑. ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอ การออก ใบอนุญาต และการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประเภทใดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๑๖)
๒. ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอและการออก ใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๒๔)

วิธีการ

ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับ

ใบอนุญาตได้จัดให้มีกรณี ดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว

๑. มีแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติแล้วตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดใน กฎกระทรวง
๒. มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออก ตามมาตรา ๑๔

๓. มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็น ประจำสถานพยาบาลนั้น ตามชนิดและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง
๔. มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่ กำหนดในกฎกระทรวง
๕. ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

คุณสมบัติผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล

๑. มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
 ๒. มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
 ๓. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอด้วย กฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
 ๔. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
 ๕. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
 ๖. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือน ไร้ความสามารถ
- ในกรณีที่ดินบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคล นั้นต้องมีคุณสมบัติ ตามคุณสมบัติข้างต้น

คุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๑. ผู้ประกอบวิชาชีพ/เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
๒. ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๓. เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยเวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน/รับคำขอและรับเอกสารแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล/ นัดตรวจสถานที่ (ตรวจสอบผู้ขออนุมัติแผนการจัดตั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๗ สถานที่ที่เป็นไปตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๔ วรรคสองและมีผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎกระทรวง ๑๘ (๔)	๑	วันทำการ	จุดให้บริการเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยเวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๒	การพิจารณาอนุญาต	๑.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล (ผู้ขออนุมัติแผนการจัดตั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๗) ๒.พนักงานเจ้าหน้าที่ประสานคลินิกเพื่อนัดตรวจสอบสถานที่ ๓.พนักงานเจ้าหน้าที่ออกไปตรวจสอบสถานที่ตามเวลาที่นัดหมาย ๔.สรุปผลการตรวจ/เสนอให้ผู้ยื่นคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลแก้ไขปรับปรุง (สถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวงตามความมาตรา ๑๔ วรรค สองและมาตรา ๑๘ (๔)) ๕.เสนอคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนพิจารณาเห็นชอบการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล (หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลาการตรวจสอบสถานที่จะไม่นำระยะเวลามานับรวม ๒. ระยะเวลาแก้ไขปรับปรุงสถานที่หรือหากต้องมีการหารือเป็นกรณีพิเศษจะไม่นำระยะเวลามานับรวม)	๖๐	วันทำการ	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี
๓	การลงนามอนุญาต	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล	๕	วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยเวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๔	การแจ้งผลการพิจารณา	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขอ	๑	วันทำการ	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี

ระยะเวลาดำเนินการรวม : ๖๗ วันทำการ

๑๔.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	จำนวนตัวจริง	จำนวนสำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
๑	คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๑)	๑	๐	-	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี
๒	แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๒)	๑	๐	-	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี
๓	คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๕)	๑	๐	-	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี
๔	หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นผูปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.๖)	๑	๐	กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องเซ็นต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี
๕	คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล /คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๘)	๑	๐	กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องเซ็นต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี
๖	บัตรประจำตัวประชาชน	๐	๑	รับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้ประกอบกิจการ <u>กรณีมอบอำนาจ</u> ต้องมีหนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ	กรมการปกครอง

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	จำนวน ตัวจริง	จำนวน สำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
				กรณีเป็นนิติบุคคล รับรอง สำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิ์ ลงนามทุกคน	
๗	หนังสือเดินทาง	๐	๑	กรณีเป็นชาวต่างชาติและ รับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการกงสุล
๘	ใบสำคัญเปลี่ยนชื่อ	๐	๑	รับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
๙	หนังสือรับรองนิติบุคคล	๐	๑	กรณีเป็นนิติบุคคล สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล และรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
๑๐	ทะเบียนสมรส	๐	๑	รับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
๑๑	สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ขอประกอบกิจการ และ ผู้ดำเนินการ)	๐	๑	กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือ รับมอบอำนาจและสำเนา ทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรอง สำเนาบัตรทะเบียนบ้านผู้มี สิทธิ์ลงนามทุกคน	กรมการปกครอง
๑๒	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ประกอบการประกอบโรคศิลปะ	๐	๑	หากเป็นเฉพาะทาง ต้องมี สำเนาใบอนุญาตมีบัตร/อนุบัตร และรับรองสำเนาถูกต้อง	สภาวิชาชีพ/ สำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
๑๓	ใบรับรองแพทย์ผู้ขอประกอบ กิจการ และผู้ดำเนินการ	๐	๑	(ใบรับรองแพทย์ไม่เป็นโรค ต้องห้ามและไม่เกิน ๓ เดือน นับแต่วันยื่นคำขอ)	โรงพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลเอกชน
๑๔	รูปถ่ายขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.	๓	๐	-	-
๑๕	รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ ซม.	๑	๐	-	-
๑๖	แผนผังในสถานพยาบาล	๑	๐	ต้องแสดงภาพถ่ายห้องตรวจ โรคและอุปกรณ์ภายในห้องทุก ห้องประกอบว่าเสร็จเรียบร้อยแล้ว	ผู้ขอรับอนุญาตประกอบ กิจการสถานพยาบาล
๑๗	แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลต้อง ชัดเจน	๑	๐	และต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียง โดยให้มีจุดสังเกตที่สำคัญ	ผู้ขอรับอนุญาตประกอบ กิจการสถานพยาบาล
๑๘	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนด ที่ดิน/สำเนาทะเบียนบ้าน)	๐	๑	หากไม่ใช่เจ้าของกรรมสิทธิ์ ต้องมีเอกสารดังนี้ ๑. สัญญาเช่า และต้องมี วัตถุประสงค์โดยมีรายละเอียดใน การให้เช่าคลินิกไม่ใช่เพื่อการค้า	กรมที่ดิน/สัญญา

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	จำนวน ตัวจริง	จำนวน สำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
				๒. สำเนาบัตรประชาชนและ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า	
๑๙	ทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล	๐	๑	รับรองสำเนาถูกต้อง	อำเภอ/เทศบาล
๒๐	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และ ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)	๐	๑	รับรองสำเนาถูกต้อง	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
๒๑	อื่นๆ - สัญญาการทิ้งขยะติดเชื้อ - เอกสารเครื่องเอกซเรย์ - หนังสือยินยอมการใช้ชื่อ สถานพยาบาล (กรณีมีหลายสาขา) - เอกสารอัตราค่าบริการรักษาพยาบาล - หนังสือส่งตัวผู้ป่วย - แผนการจัดทำความสะอาด เครื่องมือ - หนังสือรับรองการตรวจสอบ เครื่องมือพิเศษ	๐ ๐ ๐ ๐ ๐ ๐ ๐	๑ ๑ ๑ ๑ ๑ ๑ ๑	๑. มีการเก็บและกำจัดขยะ ติด เชื้อ โดยมีหนังสือตอบรับจาก หน่วยงาน ที่กำจัดขยะ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๒. ต้องมีเอกสาร/หนังสือรับ การตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ ในกรณีที่มีเครื่องเอกซเรย์ ๓. ต้องได้รับความยินยอมให้ ใช้ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ ได้รับใบอนุญาตก่อน หากชื่อ สถานพยาบาลในเขตเดียวกันมี ชื่อซ้ำกัน ๔. แสดงอัตราค่าบริการและค่า รักษาพยาบาลให้ครอบคลุม ลักษณะให้บริการ ๕. หนังสือประสานงาน โรงพยาบาลที่จะส่งต่อ ๖. มีแผนแสดงระบบการควบคุม ทำความสะอาดเครื่องมือ เครื่องใช้ในคลินิกที่เหมาะสม ๗. กรณีมีเครื่องมือพิเศษใน การทำหัตถการต้องมีหนังสือ รับรองเครื่องมือฯ จาก สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และการรับรองมาตรฐาน รังสีจากสำนักงานปรมาณู เพื่อสันติ ผู้ประกอบการ สถานพยาบาล ผู้ประกอบการ สถานพยาบาล ผู้ประกอบการ สถานพยาบาล

๑๕. ค่าธรรมเนียม

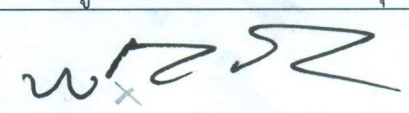
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ๑,๐๐๐ บาท
 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ๒๕๐ บาท
 รวม ๑,๒๕๐ บาท

๑๖. ช่องทางการร้องเรียน

๑. หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ๒๖๐/๕๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาสามยอด อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี ๑๕๐๐๐
๒. ไปรษณีย์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ๒๖๐/๕๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาสามยอด อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี ๑๕๐๐๐
๓. อีเมล (E-mail) : fdapv๑๖@fda.moph.go.th
๔. โทรศัพท์ : ๐๓๖-๔๒๑๒๐๖-๘ ต่อ ๑๑๑, ๑๔๑
๕. หน่วยงานต้นสังกัด : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๗. ตัวอย่างการกรอก คู่มือการกรอก และแบบฟอร์มคำขอ แบบคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

๑. คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๑)
๒. แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๒)
๓. คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๕)
๔. หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.๖)
๕. คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๘)

วันที่ปรับปรุงแก้ไข	๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒
จัดทำโดย	งานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
ร่าง/พิมพ์/ทาน	ภก.อลงกรณ์ นิธิธัญญ์รัตน หัวหน้างานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
ตรวจสอบโดย	 ภญ.กนกวรรณ ทองผาสุข หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
อนุมัติโดย	 นพ.ไพโรจน์ สุรัตนวนิช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
มีผลบังคับใช้วันที่	๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

 สัญชาติ อายุ ปี

☐ ๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

และ (๒) เลขประจำตัว

เป็นนิตินบุคคลประเภท 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.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|---|
| ☐ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล | ☐ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง |
| ☐ แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล | ☐ ในบริเวณใกล้เคียง |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต | ☐ สำเนาบัตรประจำตัว |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล | |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ | |
| ☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) | |
| ☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล | |
| ☐ 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. 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.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

.....

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

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

 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.....

ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล

๒.๑ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

- ☐ คลินิกเวชกรรม ☐ คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง ☐ คลินิกทันตกรรม
- ☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง ☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- ☐ คลินิกกายภาพบำบัด ☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์ ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย
- ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- ☐ สหคลินิก ประกอบด้วย

.....

.....

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- ☐ ห้องเอกซเรย์ ☐ ห้องไตเทียม ☐ ห้องผ่าตัด ☐ ห้องฝังเข็ม
- ☐ อื่น ๆ

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 | ☐ แผนกโขนานการ | ☐ แผนกชักฟอก |
| ☐ หอผู้ป่วยหนัก | ☐ ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก | ☐ 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.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- | | |
|---|--|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัว | ☐ หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส.พ. ๖ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต | พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล | และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบวิชาชีพ |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ | ☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล |
| ☐ สำเนาโฉนดที่ดิน 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 ตัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
 - (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- ☐ อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ข้อบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก 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.

ข้าพเจ้าเลขประจำตัว

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

อายุ ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่

ได้รับ ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ออกให้วันที่.....

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

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์โทรสาร.....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 ๔ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป
- ☐ อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

- ☐ คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้าเลขประจำตัว

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

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

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ออกให้ ณ วันที่

☐ วฒิปัตร์ ☐ หนังสืออนมัต ☐ หนังสือรับรอง สาขา.....

ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง

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

(ชี้แจงข้อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|--|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัว | ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน | ☐ สำเนาโฉนดที่ดิน หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ | ☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล |
| ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี) | |
| ☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |
| ☐ รูปถ่าย ขนาด ๔ 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

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ