



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
Lopburi Provincial Public Health Office

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (คลินิก)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
กระทรวง : สาธารณสุข

ส่วนของการสร้างกระบวนการงาน

๑. ชื่อกระบวนการงาน : การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (คลินิก)
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการงาน : 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 : การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (คลินิก)

ส่วนของคู่มือประชาชน

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ๒๖๐/๕๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาสามยอด

อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี เบอร์โทรศัพท์ ๐๓๖-๔๒๑๒๐๖-๘ ต่อ ๑๑๑ หรือ ๑๕๑

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

(พักเที่ยงเวลา ๑๒:๐๐ - ๑๓:๐๐ น.)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

ในกรณีที่ใบอนุญาตสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ให้ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ แล้วแต่กรณี แจ้งต่อผู้อนุญาตและยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับการทราบการสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

การขอและการออกใบแทนใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๓๐)

วิธีการ

๑. ผู้รับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ
๒. การตรวจสอบเอกสารและหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๓. ผู้อนุญาตพิจารณาออกใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
๔. ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลชำระค่าธรรมเนียมใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เงื่อนไข

๑. การนับระยะเวลา ๒๑ วันทำการ

ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่า “ผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้” (บันทึกสองฝ่าย)

๓. แบบคำขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหาย หรือถูกทำลายในสาระสำคัญ (สพ.๒๑) รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒) สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

๓) ภาพถ่ายผู้รับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี จำนวน ๒ รูป

๔) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีชำรุด)

๕) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

๖) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ :

ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยเวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบการยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล	๑	วันทำการ	จุดให้บริการเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๒	การพิจารณาอนุญาต	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานประกอบคำขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล	๑๔	วันทำการ	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๓	การลงนามอนุญาต	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบแทนใบอนุญาต	๕	วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๔	การแจ้งผลการพิจารณา	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	๑	วันทำการ	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

ระยะเวลาดำเนินการรวม : ๒๑ วัน

๑๔.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	จำนวน ตัวจริง	จำนวน สำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
๑	คำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณี ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาลสูญหายหรือถูก ทำลายในสาระสำคัญ (สพ.๒๑)	๑	๐	-	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี
๒	ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาล (สพ.๑๙) (กรณี ชำรุดหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ)	๑	๐	-	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี
๓	บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับ อนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล	๐	๑	รับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
๔	ทะเบียนบ้านผู้รับอนุญาต ดำเนินการสถานพยาบาล	๐	๑	รับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
๕	ภาพถ่ายผู้รับอนุญาตดำเนินการ สถานพยาบาล ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี	๒	-	-	ผู้รับอนุญาตดำเนินการ สถานพยาบาล
๖	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.๘)	๑	-	-	งานสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี
๗	หนังสือมอบอำนาจ	๑	๐	ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัว ประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจพร้อมติด อากรแสตมป์	ผู้รับอนุญาตดำเนินการ สถานพยาบาล
๘	เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ๑.หนังสือแจ้งความ (กรณีสูญหาย).	๑	๐	-	กองบัญชาการตำรวจนครบาล (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ) หรือหน่วยงานภายใต้สังกัด กรมการปกครอง
	๒.ทะเบียนสมรส/ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ-สกุล	๐	๑	รับรองสำเนาถูกต้อง	

๑๕.ค่าธรรมเนียม

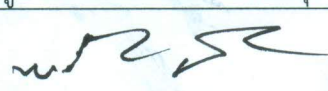
ค่าธรรมเนียมการออกใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ๒๐๐ บาท

๑๖. ช่องทางการร้องเรียน

๑. หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ๒๖๐/๕๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาสามยอต อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี ๑๕๐๐๐
๒. ไปรษณีย์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ๒๖๐/๕๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาสามยอต 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. คำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ (สพ.๒๑)

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

เขียนที่

.....

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ