



คู่มือประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

- คลินิก
- โรงพยาบาล
- ธุรกิจบริการสุขภาพ



คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดแพร่
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 2
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เบอร์โทรศัพท์ 0 5462 1096/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
หลักเกณฑ์
มาตรา 42 เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล ตามมาตรา 18 (4) ผู้รับอนุญาตต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในกำหนดสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนนั้น
เงื่อนไข

1.การนับระยะเวลา 20 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประทุรัง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

วิธีการ

ต้องยื่นภายใน 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้นแบบคำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สป.18)

เอกสารหลักฐาน

- 1) สำเนาบัตรประจำตัว
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- 4) รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- 5) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 6) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
- 7) สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรอง
- 8) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบคำยื่นคำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (ผู้ดำเนินการต้องแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่)	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่อเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล	10 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		และตรวจสอบคุณสมบัติ		สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
4)		ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	4 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 20 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องกรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ)

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
2)	หนังสือเดินทาง	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	ทะเบียนสมรส	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18)		1	0	ฉบับ	ตาม พรบ. สถานพยาบาล 2541
2)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
3)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการสถานพยาบาล		1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	ใบรับรองแพทย์		1	0	ฉบับ	ผู้ดำเนินการ (ใบรับรองแพทย์ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและไม่เกิน 6 เดือน))
5)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม จำนวน 3 รูป		3	0	ฉบับ	(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)
6)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล		1	0	ฉบับ	-
7)	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ		0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
8)	สำเนาฉบับตรหรือหนังสือ อนุมัติหรือหนังสือรับรอง		1	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง

16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียม

การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก 250 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่
- 3) ไปรษณีย์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
- 4) โทรศัพท์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5451 1145 ต่อ 104
- 5) **ช่องทางการร้องเรียน** ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 / เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18)

19. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	27/06/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 2 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	Supharat Haengphit
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-



คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดแพร่
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ -
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน -
จำนวนคำขอที่มากที่สุด -
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด -
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
หลักเกณฑ์
มาตรา 40 กำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารใหม่ หรือดัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวงให้กระทำได้เมื่อได้รับอนุญาต

1. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
2. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงกิจการที่แตกต่างในการประกอบกิจการคลินิก
3. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

วิธีการ

1. การขออนุญาตประกอบกิจการคลินิก ให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
2. การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก ให้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 71 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประทุ้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

1. กรณีนุรักษ์คุณธรรมชิต จ.เอการเอกรถ 17/1/2561 ณ บงกชกอบทง

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการ
- 2) สำเนาบัตรประชาชนของผู้ประกอบกิจการ
- 3) หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่าหรือสำเนาโฉนด)
- 4) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 5) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง
- 6) แผนผังแสดงลักษณะภายในอาคารสวนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม
- 7) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 8) ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.6 พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สาเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป (กรณีเพิ่มบริการ)

9) สำเนาบัตรประชาชน หรือหนังสืออนุญาต จกกรมการทะเบียนการทะเบียนการค้า

2. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

๑) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล

2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล

๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม

4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม

5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ

1. สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท

2. กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	60 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกอบการกิจการคลินิก	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 71 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ผู้ประกอบการที่เป็นผู้มี อำนาจลงนาม	-	1	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
2)	บัตรประจำตัวผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล	-	1	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
3)	บัตรประจำตัวของผู้อนุมัติ อำนาจ	-	1	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
4)	บัตรประจำตัวของผู้รับมอบ อำนาจ	-	1	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	ทะเบียนบ้าน ผู้ประกอบการที่เป็นผู้มี อำนาจลงนาม	-	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
2)	ทะเบียนบ้านผู้ปฏิบัติงาน	-	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
3)	คำขอเปลี่ยนแปลงการ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ.16)	-	1	0	ฉบับ	ตาม พรบ. สถานพยาบาล 2541
4)	แผนที่แสดงที่ตั้งของ สถานพยาบาลและอาคาร ใกล้เคียง	-	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารอื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
5)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาล	-	1	0	ฉบับ	-
6)	ใบแสดงความจำนงเป็น ผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.6	-	1	0	ฉบับ	-
7)	รูปถ่ายของผู้ปฏิบัติงาน ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี (กรณีเพิ่ม บริการ)	-	1	0	ฉบับ	-
8)	สำเนาหนังสือรับรองการจด ทะเบียนมีวัตถุประสงค์ และ ผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติ บุคคล	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)
9)	ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติ บุคคลที่มีอำนาจลงนามและ ผูกพันบริษัท	-	1	0	ฉบับ	-
10)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ8)	-	1	0	ฉบับ	-
11)	แผนผังแสดงลักษณะภายใน อาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือ เพิ่มเติม	-	1	0	ฉบับ	-
12)	หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล (สำเนาสัญญา เช่าหรือหรือสำเนาโฉนด)	-	1	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
13)	เอกสารอื่นๆ 1) ภาพถ่ายสถานพยาบาลที่มี การเปลี่ยนแปลง (ฉบับจริง) 2) ทะเบียนบ้านของ สถานพยาบาล 3) เอกสารการขึ้นทะเบียน เครื่องมือแพทย์	-	1	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	4) กรณีมีการมอบอำนาจ มี เอกสาร ดังนี้ หนังสือมอบ อำนาจพร้อมเอกสารของผู้ มอบอำนาจและผู้รับมอบ อำนาจ					

16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียม

การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก 1,000 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่
- 3) ไปรษณีย์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
- 4) โทรศัพท์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5451 1145 ต่อ 104
- 5) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
 หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)



คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดแพร่
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ -
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 1
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 4
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 1
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
หลักเกณฑ์
กรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19) สูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ดำเนินการแจ้งต่อ ผู้อนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับความทราบการสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว
เงื่อนไข
1.การนับระยะเวลา 23 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน

ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

ช่องทาง

1. การยื่นคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาลให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

2. การตรวจสอบการ ตรวจสอบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

3. การส่งใบอนุญาตใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้กับผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

คำขอใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ส.พ.21 เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่น

1. สำเนาบัตรประจำตัว

2. สำเนาภาพถ่ายทะเบียนบ้าน

3. รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตร จำนวน 3 รูปถ่ายไม่เกินหนึ่งปี

4. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีชำรุด)

5. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

6. เอกสารอื่นๆ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	30 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
2)	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	40 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
3)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียน บันทึกใบประวัติ บันทึกสมุด ทะเบียนสถานพยาบาล	15 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	-
4)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	-
5)	-	ทำหนังสือแจ้งผลและส่ง มอบใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาล (สพ.7)	3 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 23 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	-	1	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
2)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	-	1	1	ฉบับ	กรณีขอเปลี่ยนชื่อ สกุล ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณี ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาลสูญหายหรือถูก ทำลายในสาระสำคัญ (ส.พ 21)		1	0	ฉบับ	ตาม พรบ. สถานพยาบาล 2541

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
2)	สำเนาทะเบียนบ้าน	-	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
3)	รูปถ่ายขนาด 2.5X3 เซนติเมตร จำนวน 3 รูปถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี	-	3	0	ฉบับ	รูปถ่าย ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล
4)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาล (สพ.19)	-	1	0	ฉบับ	(กรณีชำรุด / ถูกทำลาย)
5)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.9)	-	1	0	ฉบับ	-
6)	หนังสือแจ้งความ (กรณีสูญหาย)	-	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียม

การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก 200 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่
- 3) ไปรษณีย์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
- 4) โทรศัพท์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5451 1145 ต่อ 104
- 5) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
 หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111
 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบคำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ
 ส.พ.21



คู่มือสำหรับประชาชน: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดแพร่
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด าลา 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 1
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
กรณีผู้รับอนุญาตตาย 21/05/2558 10:39
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่/ติดต่อด้วย
ตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
ผู้ที่ประสงค์จะประกอบกิจการคลินิก แทนกรณีผู้รับอนุญาตตายให้ยื่นหนังสือแสดงความจำนงต่อผู้อนุญาตตามแบบคำขอ
หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)ให้ผู้อนุญาต
ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย

เงื่อนไข

- 1.การนับระยะเวลา 22 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

แบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)

รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

- 1สำเนาบัตรประชาชน
- 2สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3 สำเนาใบมรณะบัตรของผู้อนุญาต
- 4 ใบรับรองแพทย์
- 5ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 6สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 7 สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- 8 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วัน	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติบันทึกสมุด	15 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
3)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
4)	-	ส่งมอบใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 22 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	-	0	1	ฉบับ	(1. ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอำนาจ ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนามเรียบร้อยครบถ้วน)
2)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	-	0	1	ฉบับ	(สำเนาหนังสือรับรองจดทะเบียน วัดฤประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล))

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	หนังสือแสดงความจำนง เป็นผู้รับใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาลกรณีผู้รับ อนุญาตตาย (สพ.14)		1	0	ฉบับ	ประกาศกระทรวง สาธารณสุข ตามพรบ. สถานพยาบาล 2541
2)	ใบอนุญาตให้ประกอบ กิจการสถานพยาบาล (สพ.7)	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
3)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สพ.8)	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
4)	ทะเบียนบ้าน	-	0	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความจำนง และลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)
5)	ใบรับรองแพทย์	-	1	0	ฉบับ	(ของผู้แสดงความจำนง มี อายุไม่เกิน 6 เดือน)
6)	ใบมรณะบัตรของผู้รับ อนุญาต	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)
7)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ ในสถานพยาบาล	-	1	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความจำนง ฉบับสำเนาลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
8)	หนังสือมอบอำนาจ	-	1	0	ฉบับ	(กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบอำนาจให้ติด อากรแสตมป์)

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่
- 3) ไปรษณีย์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
- 4) โทรศัพท์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5451 1145 ต่อ 104
- 5) **ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี**
หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)

19. หมายเหตุ

**คู่มือสำหรับประชาชน: การแจ้งเลิกคลินิก**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การแจ้งเลิกคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง: ---
 - 1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดแพร่
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ -
9. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 1
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 5
 - จำนวนคำขอน้อยที่สุด 1
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การแจ้งเลิกคลินิก
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
หลักเกณฑ์

มาตรา 44 ผู้รับอนุญาตผู้ใดประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล ต้อง แจ้งเป็นหนังสือและจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้า ไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อได้รับแจ้งตามวรรคหนึ่ง ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตต้อง ปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดก่อนเลิกกิจการก็ได้ ทั้งนี้ โดยให้พิจารณาถึงประโยชน์ และส่วนได้เสียของผู้ป่วยในสถานพยาบาลนั้นเป็นสำคัญ

วิธีการ

1. ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล ให้แจ้งเป็นตามแบบคำขอหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 15 วัน
2. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตรวจสอบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล
3. ผู้อนุญาตพิจารณาการแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ลงบันทึกการแจ้งเลิกกิจการลงในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตเหตุการณ์ และสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 1 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

ช่องทาง

1. การยื่นแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
2. มีเอกสารครบถ้วนคือ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

แบบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.17)

- 1) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 2) ใบอนุญาตให้ดำเนินการ
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอ แจ้งเลิกกิจการ สถานพยาบาล/ตรวจสอบ เอกสารหลักฐานครบถ้วน / มอบสำเนาหนังสือแจ้งเลิก กิจการ (สพ.17)	10 นาที	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ครบถ้วน)	30 นาที	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	-
3)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	30 นาที	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	-
4)	-	แจ้งเลิกกิจการ (สพ.17)	5 นาที	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 1 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	-	0	1	ฉบับ	1.ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง 2.กรณีมอบอำนาจ ต้องมี สำเนาบัตรประชาชนของผู้

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลง ชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลง นามเรียบร้อย ครบถ้วน
2)	หนังสือรับรอง นิติบุคคล	-	1	1	ฉบับ	กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติ บุคคลต้องประทับตรานิติ บุคคล และผู้มีอำนาจลง นามรับรองสำเนาทุกคน

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอหนังสือแจ้งเลิก กิจการสถานพยาบาล (สพ.17)	-	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ประกอบ กิจการสถานพยาบาล (สพ.7)	-	1	0	ฉบับ	-
3)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาล (สพ.19)	-	1	0	ฉบับ	-
4)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สพ.8)	-	1	0	ฉบับ	-
5)	หนังสือมอบอำนาจ	-	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลโนเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่
- 3) ไปรษณีย์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ตำบลโนเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ถนนบ้านใหม่ ตำบลโนเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
- 4) โทรศัพท์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5451 1145 ต่อ 104
- 5) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
 หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบคำขอหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (ส .พ.17)

**คู่มือสำหรับประชาชน: การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ
ระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดแพร่
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ -
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 30
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 78
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 20
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก
11. ช่องทางการให้บริการ

- 1) **สถานที่ให้บริการ** 1. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
2. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลชุมชน

ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

หมายเหตุ โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการเฉพาะขั้นตอนที่ 1 รับและตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

12. **หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

หลักเกณฑ์

1. ตามกฎหมายกำหนดให้ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปีภายในวันที่ 31
ธันวาคมของทุกปี ให้ยกเว้นสำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและสำหรับปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาต ตลอดเวลาที่ยังประกอบ
กิจการ ถ้าไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือนถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจาก

กำหนดหกเดือน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามมาตรา 49 ให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้

2. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี
เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 1 วันทำการ นับจากวันที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุงร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	5 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ หรือ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลชุมชน	-
2)	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	30 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	กรณียื่นที่โรงพยาบาลชุมชนจะเริ่มนับระยะเวลาเมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับเอกสาร

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
3)	การพิจารณา	ยื่นเอกสารขอชำระเงิน	5 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
4)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนามในสพ.12	10 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
5)	-	รับ สพ.12และสมุดทะเบียน	10 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 1 ชั่วโมง

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน		0	1	ฉบับ	1.ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอำนาจ ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนามเรียบร้อย ครบถ้วน
2)	หนังสือรับรองนิติบุคคล		0	1	ฉบับ	กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลต้อง

ที่	รายการเอกสาร ยื่นขึ้นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
-						ประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงชื่อ แทนนิติบุคคล ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอชำระ ค่าธรรมเนียม สถานพยาบาล ประจำปี		1	0	ฉบับ	ตาม พรบ. สถานพยาบาล 2541
2)	ใบอนุญาต ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สพ.7)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด แพร่	1	0	ฉบับ	-
3)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สพ.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด แพร่	1	0	ฉบับ	-
4)	รายงานประจำปี (สพ.23)		1	0	ฉบับ	-
5)	หนังสือมอบ อำนาจ		1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียม

การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี 500 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่
- 3) ไปรษณีย์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ตำบลในเวียง อำเภอเมือง

แพร่ จังหวัดแพร่ 54000

2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ถนนบ้านใหม่ ตำบลโนเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000

4) โทรศัพท์

1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096

2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5451 1145 ต่อ 104

5) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

1) คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี

2) รายงานประจำปี (สพ.23)



คู่มือสำหรับประชาชน: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ
ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ๓๐ นาที
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 1
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 5
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 1
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
โทรศัพท์ 0 5462 1096/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
หลักเกณฑ์
 - 1.เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล
 - 2.เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต
 - 3.เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด

- 4.เปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิปัตร หรือหนังสืออนุมัติ
- 5.เปลี่ยนแปลงเวลาทำการ
- 6.อื่นๆ

เงื่อนไข

- 1.การนับระยะเวลา 21 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อกวนสาธารณะ เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

วิธีการ

- 1.ผู้ประกอบการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2.พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงรายการในการประกอบกิจการคลินิก
3. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาต การเปลี่ยนแปลงรายการการประกอบกิจการคลินิก/ลงบันทึกในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
4. ส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.10)

- 1.กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้
 - 1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบการ
 - 2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบการ
 - 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
 - 5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
 - 6) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
 - 7) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)
2. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้
 - 1) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน (มีอายุไม่เกิน 6 เดือน) และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล

- 2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 3) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ

1. สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสาร	10 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
- ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้ ประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลง นาม	-	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง รายการใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ.10)		1	0	ฉบับ	พรบ.สถานพยาบาล 2541
2)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ ประกอบกิจการ	-	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
3)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
4)	ใบอนุญาตให้ประกอบ กิจการสถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
5)	กรณีการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อ สกุล ของผู้รับอนุญาต(ให้ แนบเอกสาร)	-	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
6)	กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ให้แนบเอกสาร)	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
7)	กรณีเปลี่ยนชื่อ สถานพยาบาล (ให้แนบ เอกสาร)	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

- 1) ค่าธรรมเนียม 100 บาท

หมายเหตุ (กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้รับอนุญาตไม่ต้องเสียธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง)

- 2) ค่าตอบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลโนเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่
- 3) ไปรษณีย์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ตำบลโนเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ถนนบ้านใหม่ ตำบลโนเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
- 4) โทรศัพท์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5451 1145 ต่อ 104
- 5) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
 หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.10)



คู่มือสำหรับประชาชน: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ
ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ -
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน -
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 2
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด -
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
เบอร์โทรศัพท์ 0 5462 1096/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
หลักเกณฑ์
กำหนดให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
 - 1.การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล

2.การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ

3.การเปลี่ยนชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด

วิธีการ

1.ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

2.พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

3.ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตฯ / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

เงื่อนไข

1.การนับระยะเวลา 22 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

ช่องทาง

1.ขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

2.การตรวจสอบการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

3.การส่งใบอนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้กับผู้ดำเนินการสถานพยาบาล รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

แบบคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.22)

1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ดำเนินการ

2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ

3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

5) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

6) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

7) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ

กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก	1 วันทำการ	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสาร	15 วันทำการ	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ดำเนินการ	1 วันทำการ	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 22 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยื่นขึ้นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
2)	ทะเบียนบ้าน ผู้ดำเนินการ	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารอื่น เพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับ จริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง รายการใบอนุญาตให้ ดำเนินการคลินิก (สพ.22)		1	0	ฉบับ	พรบ. สถานพยาบาล 2541
2)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
3)	กรณีเปลี่ยนชื่อ สถานพยาบาล (ให้แนบ เอกสารที่เกี่ยวข้องในการ เปลี่ยนชื่อ)		1	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
4)	รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 2 รูป		2	0	ฉบับ	(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)
5)	กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือ แขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ให้แนบเอกสาร)		0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
6)	กรณีการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต		0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง

ที่	รายการเอกสารอื่น เพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับ จริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
7)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล(ส.พ.8)	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

- 1) ค่าธรรมเนียม 100 บาท

หมายเหตุ (กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้ดำเนินการไม่ต้องเสียธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง)

- 2) การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.21)

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096
- 2) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
- 3) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.22)

**คู่มือสำหรับประชาชน: การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ
ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558

6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดแพร่
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา:
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ -

9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน -
จำนวนคำขอที่มากที่สุด -
จำนวนคำขอน้อยที่สุด -

10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

11. ช่องทางการให้บริการ

- 1) สถานที่ให้บริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
เบอร์โทรศัพท์ 0 5462 1096 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**หลักเกณฑ์**

มาตรา 21 การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้แก่บุคคล ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม
ตามมาตรา 17 ให้กระทำได้ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตการขอโอนใบอนุญาตและการอนุญาตให้เป็นไปตาม
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

วิธีการ

1. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอโอนให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
2. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตรวจสอบการโอนในการประกอบกิจการคลินิก
3. ผู้อนุญาตพิจารณาการโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 21 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

ช่องทาง

1. การขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ ให้ยื่นเรื่องที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
 2. การตรวจสอบการขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
 3. การส่งใบอนุญาตที่โอนกิจการสถานพยาบาลให้กับผู้ประกอบกิจการคลินิก ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.13)
1. กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้
 - 1) สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับโอน
 - 2) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน
 - 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
 - 5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
 - 6) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์
 - 7) ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน
 - 8) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิติบุคคล)

กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอการประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสาร	10 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการโอนให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้โอน	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสารอื่นอัน ตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
2)	บัตรประจำตัวผู้รับโอน	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอโอน ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ.13)		1	0	ฉบับ	-
2)	สำเนาทะเบียน บ้านผู้โอน	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
3)	สำเนาทะเบียน บ้านผู้รับโอน	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
4)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด แพร่	1	0	ฉบับ	-
5)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด แพร่	1	0	ฉบับ	-
6)	ใบรับรองแพทย์ ของผู้รับโอน	-	1	0	ฉบับ	(ใบรับรองแพทย์ ออกได้ไม่เกิน 6 เดือน)
7)	เอกสารที่เป็น หลักฐาน เกี่ยวข้องกับการ โอนกรรมสิทธิ์	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร อื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
8)	สำเนาหนังสือ รับรองการจด ทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลง ชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับโอน เป็นนิติบุคคล)	-	1	1	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียม

การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก 200 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่
- 3) ไปรษณีย์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
- 4) โทรศัพท์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5451 1145 ต่อ 104
- 5) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
 หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111
 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สพ13



คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดแพร่
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
เบอร์โทรศัพท์ 0 5462 1096 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

- 1 กรณีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7) หรือ
- 2 สมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลแจ้งต่อผู้ขอใบอนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตและใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

เงื่อนไข

- 1.การนับระยะเวลา 22 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

ช่องทาง

- 1.การยื่นคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2.การตรวจสอบการ ตรวจสอบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 3.การส่งใบอนุญาตใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้กับผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (แบบ สพ.15)

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีถูกทำลาย)
- 4) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(กรณีถูกทำลาย)
- 5) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัดสุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)
- 6) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ

กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติ บันทึกสมุดทะเบียนสถานพยาบาล	10 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
3)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
4)	-	ส่งมอบใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)/สมุดทะเบียนสถานพยาบาล	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาบัตร ประชาชนผู้ประกอบกิจการ กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือ รับมอบอำนาจและสำเนาบัตร ประชาชนผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนาม รับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มี สิทธิลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลง นามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาหนังสือ รับรองนิติบุคคล)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาต ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ส.พ 15 หรือสมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหาย หรือถูกทำลายในสาระสำคัญ		1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารอื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
2)	สำเนาทะเบียนบ้าน	-	0	1	ฉบับ	(ลงนาม รับรอง สำเนา ถูกต้อง)
3)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สป.7) กรณีถูกทำลาย	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
4)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล กรณีถูก ทำลาย	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
5)	หนังสือแจ้งความ กรณีสูญหาย	-	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่
- 3) ไปรษณีย์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
- 4) โทรศัพท์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5451 1145 ต่อ 104

- 5) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111
เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
(แบบ สพ.15)

19. หมายเหตุ



คู่มือสำหรับประชาชน: การขอใบรับแจ้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนซึ่งไม่ต้อง
อยู่ในบังคับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอใบรับแจ้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนซึ่งไม่ต้องอยู่ใน
บังคับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ
ระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดแพร่
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 วันทำการ
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอใบรับแจ้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่
รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนซึ่งไม่ต้องอยู่ในบังคับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
11. ช่องทางการให้บริการ
สถานที่ให้บริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์
0 5462 1096 / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น.
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
๑.๑ เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัย และ
การควบคุมและป้องกันโรค ในลักษณะที่เป็นการจัดสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน ลูกจ้าง หรือบุคคล

ที่เกี่ยวข้อง โดยไม่ได้มีความประสงค์ที่จะเป็นการประกอบธุรกิจเพื่อหวังผลกำไรตอบแทน และเป็นการจัดสวัสดิการของ

ก. รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ข. องค์การมหาชนตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน

ค. สถานศึกษาของเอกชน

ง. นายจ้าง ตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานและสวัสดิการสังคม

จ. ผู้ให้บริการขนส่งผู้โดยสารในยานพาหนะต่าง ๆ

๑.๒ เป็นสถานพยาบาลที่ใช้ยานพาหนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่ ณ สถานที่ใดที่หนึ่งเป็นการชั่วคราว และมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือหรือสงเคราะห์โดยไม่เรียกเก็บค่าบริการใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นการจัดให้บริการขององค์กรการกุศลต่าง ๆ มูลนิธิ สถานพยาบาลหรือของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

๑.๔ เป็นสถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์หรือผู้ประกอบโรคศิลปะ

๑.๕ ยานพาหนะที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 26 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการรุกรายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกทั้งสองฝ่าย)

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ยื่นคำขอแสดงความ	1 วัน	กลุ่มงาน	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		ประสงค์เพื่อจัดแจ้งสถานพยาบาล		คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร/ตรวจสอบสถานที่	15 วัน	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
3)	การลงนาม	เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่เพื่อลงนาม	5 วัน	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
4)	-	ออกใบรับแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541	5 วัน	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 26 วัน

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว	-	1	1	ฉบับ	ผู้มีอำนาจลงนามรับรอง

ที่	รายการเอกสาร ยื่นขึ้นตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ประชาชน					สำเนาถูกต้อง
2)	สำเนาทะเบียน บ้าน	-	1	1	ฉบับ	ผู้มีอำนาจลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
3)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	-	1	1	ฉบับ	หากเป็นกรณีนิติบุคคล ลง นามรับรองสำเนาถูกต้อง

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	แบบ ส.พ.1 ส.พ.2 ส.พ.5 ส.พ.6 ส.พ.18	-	1	0	ฉบับ	-
2)	หนังสือขอแสดง แบบแจ้ง สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน ซึ่งไม่อยู่ในบังคับ สถานพยาบาล ของ	-	1	0	ฉบับ	ใช้ฉบับจริง
3)	สำเนาบัตร ประชาชน	-	1	1	ฉบับ	ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4)	สำเนาทะเบียน บ้าน	-	1	1	ฉบับ	ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5)	ใบประกอบ วิชาชีพเวชกรรม	-	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

16. คำธรรมเนียม

ไม่มีคำธรรมเนียม

17. ช่องทางร้องเรียน

- 1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่
- 3) ไปรษณีย์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 25 ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000
- 4) โทรศัพท์
 - 1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096
 - 2) กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5451 1145 ต่อ 104
- 5) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ส.พ.1
- 2) แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ส.พ.2
- 3) คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ส.พ.5
- 4) หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ ส.พ.6
- 5) คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ส.พ.18
- 6) แบบรับแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541



คู่มือสำหรับประชาชน: การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เปิดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีกำหนดระยะเวลาไว้ตามกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 วันทำการ
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 60
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 80
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 40
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำนักคู่มือประชาชน 13/07/2015 20:03 การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่/ติดต่อด้วยตนเอง
ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

1. ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอ การออก ใบอนุญาต และการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประเภทใดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา16)

2. ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอและการออก ใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา 24)

2.เงื่อนไข

1.การนับระยะเวลา 67วันทำการ "ในกรณีที่ยื่นคำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3.วิธีการ

ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตได้จัดให้มีกรณี ดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว

(1) มีแผนงานการจัดตั้งสถานบาลที่ได้รับอนุมัติแล้วตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

(2) มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออก ตามมาตรา 14

(3) มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็น ประจำสถานพยาบาลนั้น ตามชนิดและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง

(4) มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่ กำหนดในกฎกระทรวง

(5) ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

4.คุณสมบัติผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

(2) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

(3) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอด้วย กฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

(4) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

(5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

(6) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือน ไร้ความสามารถ

ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคล นั้นต้องมีคุณสมบัติ ตามคุณสมบัติข้างต้น คุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(1) ผู้ประกอบวิชาชีพ/เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

(2) ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

กรณีที่ เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้

(3) เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดย ใกล้เคียง

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	1.ยื่นคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน/รับคำขอและรับเอกสารแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล/ นัดตรวจสถานที่ (ตรวจสอบผู้ขออนุมัติแผนการจัดตั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 17 สถานที่ที่เป็นไปตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา 14 วรรคสอง และมีผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายกระทรวง 18(4)	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	()

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		2. ระยะเวลาการตรวจสถานที่			
2)	การพิจารณา	1. พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล 2. พนักงานเจ้าหน้าที่นัดตรวจสถานที่ 3. พนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่ 4. สรุปผล/ให้แก้ไขปรับปรุง 5. เสนอคณะกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนพิจารณาเห็นชอบการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล	60 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาต	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 67 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและ สำเนาบัตรประชาชน ผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตร ประชาชนผู้มีสิทธิ ลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	กองตรวจลงตรา และเอกสาร เดินทางคนต่าง ด้าว	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็น ชาวต่างชาติ รับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีการเปลี่ยนชื่อ หรือสกุล รับรอง สำเนาถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	0	1	ฉบับ	(กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนา ถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นขึ้นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
5)	ทะเบียนสมรส	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีมีการสมรส หรือมีการ เปลี่ยนแปลงคำ นำหน้านาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขออนุมัติ แผนงานการ จัดตั้ง สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
2)	แผนงานการ จัดตั้ง สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
3)	คำขออนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (แบบ สพ.5)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
4)	หนังสือแสดง เจตจำนงเป็น ปฏิบัติงานใน สถานพยาบาล ของผู้ประกอบ วิชาชีพ (แบบ สป.6)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	(กรณีเป็น ผู้ดำเนินการ ต้อง เซ็นต่อหน้า พนักงาน เจ้าหน้าที่)
5)	คำขอรับ ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล / คำขออนุญาต เปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล (แบบ สป.18)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	(กรณีเป็น ผู้ดำเนินการ ต้อง เซ็นต่อหน้า พนักงาน เจ้าหน้าที่)
6)	สำเนาทะเบียน บ้าน (ผู้ขอประกอบ กิจการ และ ผู้ดำเนินการ)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและ สำเนาทะเบียน บ้านผู้รับมอบ อำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตร ทะเบียนบ้านผู้มี สิทธิลงนามทุกคน)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
7)	ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ/ ประกอบการ ประกอบโรค ศิลปะ	-	1	1	ฉบับ	(หากเป็นเฉพาะ ทาง ต้องลงนาม สำเนาถูกต้องใบ อนุมัติบัตร/อนุ บัตร)
8)	ใบรับรองแพทย์ผู้ ขอประกอบ กิจการ และ ผู้ดำเนินการ	-	1	0	ฉบับ	((ใบรับรองแพทย์ ไม่เป็นโรค ต้องห้ามและไม่ เกิน 6 เดือนนับ แต่วันยื่นคำขอ))
9)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม 3 รูป	-	1	0	ฉบับ	-
10)	รูปถ่ายขนาด 8 x13 ซม 1 รูป	-	1	0	ฉบับ	-
11)	แผนผังใน สถานพยาบาล	-	1	0	ฉบับ	(ต้องแสดง ภาพถ่ายห้อง ตรวจโรคและ อุปกรณ์ภายใน ห้องทุกห้อง ประกอบว่าเสร็จ เรียบร้อยแล้ว)
12)	แผนที่แสดงที่ตั้ง สถานพยาบาล ต้องชัดเจน	-	1	0	ฉบับ	(และต้องแสดงจุด ที่ใกล้เคียงโดยให้ มีจุดสังเกตที่ สำคัญ)
13)	เอกสารแสดง กรรมสิทธิ์ (โฉนด ที่ดิน)	-	0	1	ฉบับ	(หากไม่ใช่เจ้าของ กรรมสิทธิ์ ต้องมี เอกสารดังนี้ 1.สัญญาเช่า

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						2. สำเนาบัตร ประชาชนและ สำเนาทะเบียน บ้านของผู้ให้เช่า 3. รับรองสำเนา ถูกต้อง)
14)	ทะเบียนบ้าน ที่ตั้ง สถานพยาบาล	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
15)	สำเนาหนังสือ รับรองการจด ทะเบียน วัตถุ ประสงค์ และ ผู้มีอำนาจลงชื่อ แทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอ เป็นนิติบุคคล)	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
16)	1. มีการเก็บและ กำจัดขยะ ติด เชื้อ โดยมีหนังสือ ตอบรับจาก หน่วยงาน ที่ กำจัดขยะ หรือ หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง 2. ต้อง มีเอกสาร/หนังสือ รับการตรวจสอบ เครื่องเอกซเรย์	-	0	1	ฉบับ	(เอกสารอื่นๆ มี 6 ข้อ หากเป็น สำเนาต้องรับรอง สำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ในกรณีที่มี เครื่องเอกซเรย์ 3. ต้องได้รับความ ยินยอมให้ใช้ชื่อ สถานพยาบาล จากผู้ได้รับ ใบอนุญาตก่อน หากชื่อ สถานพยาบาล ในเขตเดียวกันมี ชื่อซ้ำกัน 4.แสดง อัตราค่าบริการ และค่า รักษาพยาบาลให้ ครอบคลุม ลักษณะ ให้บริการ 5. หนังสือ ประสานงาน โรงพยาบาลที่จะ ส่งต่อและ โรงพยาบาลที่จะ ส่งต่อ 6.มีแผน แสดงระบบการ ควบคุมทำความสะอาด สะอาดเครื่องมือ เครื่องใช้ใน คลินิกที่ เหมาะสม					

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
17)	หากมีเครื่องมือ พิเศษ เช่น เครื่องมือแพทย์ ต้องมีเอกสาร รับรองจาก อย.	สำนักงาน คณะกรรมการ อาหารและยา	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

- 1) มีค่าธรรมเนียม ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 1,000 บาท

ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

หมายเหตุ -

- 2) 2ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 250 บาท

ค่าธรรมเนียม 250 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ช่องทางการร้องเรียน หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096

หมายเหตุ ()

- 2) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ 54000

หมายเหตุ -

- 3) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

- 4) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1)
- 2) แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2)
- 3) คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.5)
- 4) หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6)
- 5) คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาตเปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ส.พ

18

19. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	15/07/2558
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สสจ.สธ.
อนุมัติโดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สสจ.สธ.
เผยแพร่โดย	วนิสรา สุขวัฒน์

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 จัดทะเบียนเมื่อ 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 หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน..... ฉบับ คือ

- | | |
|--|---|
| ☐ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล | ☐ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง |
| ☐ แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล | ในบริเวณใกล้เคียง |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต | ☐ สำเนาบัตรประจำตัว |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล | |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ | |
| ☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลกรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล | |
| ☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล | |
| ☐ อื่นๆ..... | |

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
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

 สัญชาติ..... อายุ ปี☐ ๑.๒ นิตินาม.....โดย (๑) เลขประจำตัว

และ (๒) เลขประจำตัว

เป็นนิติบุคคลประเภท จัดทะเบียนเมื่อ 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 | ☐ สูติรีเวชกรรม | ☐ กุมารเวชกรรม |
| ☐ แผนกเทคนิคการแพทย์ | ☐ แผนกออร์โธปิดิกส์ | ☐ แผนกโรคผิวหนัง | ☐ แผนกการผสมเทียม |
| ☐ แผนกกายภาพบำบัด | ☐ แผนกการแพทย์แผนไทย | ☐ แผนกโภชนาการ | ☐ แผนกชักฟอก |
| ☐ หอผู้ป่วยหนัก | ☐ ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก | ☐ 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 สพ. ๖ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต | พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล | และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพ |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ | ☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล |
| ☐ สำเนาโฉนดที่ดิน หรือหนังสืออนุมัติ(ถ้ามี) | ☐ หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล |
| ☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลกรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล | |
| ☐ 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 ตัดแปลงอาคาร 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

☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้าเลขประจำตัว

[illegible]

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

.....ตำบล/แขวงอำเภอ/เขตจังหวัด

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

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ออกให้ ณ วันที่

☐ วชิรมิตร ☐ หนังสืออนันต์ ☐ 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.....ที่ต้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

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

[illegible]

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. ๒๕๕๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต
(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ



คู่มือสำหรับประชาชน: การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เปิดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง: -
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีกำหนดระยะเวลาไว้ตามกฎหมาย
ระยะเวลาดำเนินการตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 วันทำการ
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 60
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 80
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 40
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน 13/07/2015 20:03 การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่/ติดต่อด้วยตนเอง
ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

1. ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอ การออก ใบอนุญาต และการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประเภทใดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา16)

2. ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอและการออก ใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา 24)

2.เงื่อนไข

1.การนับระยะเวลา 67วันทำการ "ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3.วิธีการ

ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตได้จัดให้มีกรณี ดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว

(1) มีแผนงานการจัดตั้งสถานบาลที่ได้รับอนุมัติแล้วตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

(2) มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออก ตามมาตรา 14

(3) มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็น ประจำสถานพยาบาลนั้น ตามชนิดและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง

(4) มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่ กำหนดในกฎกระทรวง

(5) ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

4.คุณสมบัติผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

(2) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

(3) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอด้วย กฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

(4) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

(5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

(6) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือน ไร้ความสามารถ

ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคล นั้นต้องมีคุณสมบัติ ตามคุณสมบัติข้างต้น คุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(1) ผู้ประกอบวิชาชีพ/เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

(2) ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

กรณีที่ เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้

(3) เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดย ใกล้เคียง

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	1.ยื่นคำขออนุมัติแผนงาน การจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้าง คืน/รับคำขอและรับเอกสาร แผนงานการจัดตั้ง สถานพยาบาล/ นัดตรวจ สถานที่ (ตรวจสอบผู้ขอ อนุมัติแผนการจัดตั้งไม่มี ลักษณะต้องห้ามตาม มาตรา17 สถานที่เป็นไปตามลักษณะ ที่กำหนดในกฎกระทรวง ตามมาตรา 14 วรรคสอง และมีผู้ประกอบวิชาชีพ ตามกฎหมายกระทรวง 18(4)	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	()

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		2.ระยะเวลาการตรวจสถานที่			
2)	การพิจารณา	1.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล 2.พนักงานเจ้าหน้าที่นัดตรวจสถานที่ 3.พนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่ 4.สรุปผล/ให้แก้ไขปรับปรุง 5.เสนอคณะกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนพิจารณาเห็นชอบการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล	60 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาต	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 67 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและ สำเนาบัตรประชาชน ผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตร ประชาชนผู้มีสิทธิ ลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	กองตรวจลงตรา และเอกสาร เดินทางคนต่าง ด้าว	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็น ชาวต่างชาติ รับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีการเปลี่ยนชื่อ หรือสกุล รับรอง สำเนาถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	0	1	ฉบับ	(กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนา ถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นขึ้นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
5)	ทะเบียนสมรส	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีมีการสมรส หรือมีการ เปลี่ยนแปลงคำ นำหน้านาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขออนุมัติ แผนงานการ จัดตั้ง สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
2)	แผนงานการ จัดตั้ง สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
3)	คำขออนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (แบบ สพ.5)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-

ร.ร.	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
4)	หนังสือแสดง เจตจำนงเป็น ปฏิบัติงานใน สถานพยาบาล ของผู้ประกอบ วิชาชีพ (แบบ สพ.6)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	(กรณีเป็น ผู้ดำเนินการ ต้อง เซ็นต่อหน้า พนักงาน เจ้าหน้าที่)
5)	คำขอรับ ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล / คำขออนุญาต เปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล (แบบ สพ.18)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	(กรณีเป็น ผู้ดำเนินการ ต้อง เซ็นต่อหน้า พนักงาน เจ้าหน้าที่)
6)	สำเนาทะเบียน บ้าน (ผู้ขอประกอบ กิจการ และ ผู้ดำเนินการ)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและ สำเนาทะเบียน บ้านผู้รับมอบ อำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตร ทะเบียนบ้านผู้มี สิทธิลงนามทุกคน)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
7)	ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ/ ประกอบการ ประกอบโรค ศิลปะ	-	1	1	ฉบับ	(หากเป็นเฉพาะ ทาง ต้องลงนาม สำเนาถูกต้องใบ อนุมัติบัตร/อนุ บัตร)
8)	ใบรับรองแพทย์ผู้ ขอประกอบ กิจการ และ ผู้ดำเนินการ	-	1	0	ฉบับ	((ใบรับรองแพทย์ ไม่เป็นโรค ต้องห้ามและไม่ เกิน 6 เดือนนับ แต่วันยื่นคำขอ))
9)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม 3 รูป	-	1	0	ฉบับ	-
10)	รูปถ่ายขนาด 8 x13 ซม 1 รูป	-	1	0	ฉบับ	-
11)	แผนผังใน สถานพยาบาล	-	1	0	ฉบับ	(ต้องแสดง ภาพถ่ายห้อง ตรวจโรคและ อุปกรณ์ภายใน ห้องทุกห้อง ประกอบว่าเสร็จ เรียบร้อยแล้ว)
12)	แผนที่แสดงที่ตั้ง สถานพยาบาล ต้องชัดเจน	-	1	0	ฉบับ	(และต้องแสดงจุด ที่ใกล้เคียงโดยให้ มีจุดสังเกตที่ สำคัญ)
13)	เอกสารแสดง กรรมสิทธิ์ (โฉนด ที่ดิน)	-	0	1	ฉบับ	(หากไม่ใช่เจ้าของ กรรมสิทธิ์ ต้องมี เอกสารดังนี้ 1.สัญญาเช่า

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						2. สำเนาบัตร ประชาชนและ สำเนาทะเบียน บ้านของผู้ให้เช่า 3. รับรองสำเนา ถูกต้อง)
14)	ทะเบียนบ้าน ที่ตั้ง สถานพยาบาล	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
15)	สำเนาหนังสือ รับรองการจด ทะเบียน วัตถุประสงค์ และ ผู้มีอำนาจลงชื่อ แทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอ เป็นนิติบุคคล)	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
16)	1. มีการเก็บและ กำจัดขยะ ติด เชื้อ โดยมีหนังสือ ตอบรับจาก หน่วยงาน ที่ กำจัดขยะ หรือ หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง 2. ต้อง มีเอกสาร/หนังสือ รับการตรวจสอบ เครื่องเอกซเรย์	-	0	1	ฉบับ	(เอกสารอื่นๆ มี 6 ข้อ หากเป็น สำเนาต้องรับรอง สำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ในกรณีที่มี เครื่องเอกซเรย์ 3. ต้องได้รับความ ยินยอมให้ใช้ชื่อ สถานพยาบาล จากผู้ได้รับ ใบอนุญาตก่อน หากชื่อ สถานพยาบาล ในเขตเดียวกันมี ชื่อซ้ำกัน 4.แสดง อัตราค่าบริการ และค่า รักษาพยาบาลให้ ครอบคลุม ลักษณะ ให้บริการ 5. หนังสือ ประสานงาน โรงพยาบาลที่จะ ส่งต่อและ โรงพยาบาลที่จะ ส่งต่อ 6.มีแผน แสดงระบบการ ควบคุมทำความ สะอาดเครื่องมือ เครื่องใช้ใน คลินิกที่ เหมาะสม					

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
17)	หากมีเครื่องมือ พิเศษ เช่น เครื่องมือแพทย์ ต้องมีเอกสาร รับรองจาก อย.	สำนักงาน คณะกรรมการ อาหารและยา	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

- 1) มีค่าธรรมเนียม ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 1,000 บาท
ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท
หมายเหตุ -
- 2) 2 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 250 บาท
ค่าธรรมเนียม 250 บาท
หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ช่องทางการร้องเรียน หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร 0 5462 1096
หมายเหตุ ()
- 2) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ 54000
หมายเหตุ -
- 3) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเหตุ -
- 4) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1)
- 2) แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2)
- 3) คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.5)
- 4) หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6)
- 5) คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาตเปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ส.พ

18

19. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	15/07/2558
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สสจ.สธ.
อนุมัติโดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สสจ.สธ.
เผยแพร่โดย	วนิสรา สุขวัฒน์

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

0.070

[illegible]

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

[illegible][illegible]

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.....

๑.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน..... ฉบับ คือ

☐ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

☐ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง

☐ แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล

ในบริเวณใกล้เคียง

☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต

☐ สำเนาบัตรประจำตัว

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ ใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลกรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)

☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

☐ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก 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 ชื่อเลขประจำตัว

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

 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.....

ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง

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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ อายุกรรม | ☐ ศัลยกรรม | ☐ สูตินรีเวชกรรม | ☐ กุมารเวชกรรม |
| ☐ แผนกเทคนิคการแพทย์ | ☐ แผนกออร์โธปิดิกส์ | ☐ แผนกโรคผิวหนัง | ☐ แผนกการผสมเทียม |
| ☐ แผนกกายภาพบำบัด | ☐ แผนกการแพทย์แผนไทย | ☐ แผนกโขนานการ | ☐ แผนกชักฟอก |
| ☐ หอผู้ป่วยหนัก | ☐ ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก | ☐ ห้องผ่าตัดเล็ก | ☐ ห้องให้การรักษา |
| ☐ ห้องทารกหลังคลอด | ☐ การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ | ☐ ห้องไตเทียม | ☐ ห้องทันตกรรม |
| ☐ รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ | ☐ การผ่าตัดเปิดหัวใจ | ☐ การสวนหัวใจ | ☐ รังสีบำบัด |
| ☐ การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า | ☐ การสลายนิ้วด้วยเครื่องมือ | ☐ 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 สพ. ๖ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต | พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล | และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพ |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ | ☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล |
| ☐ สำเนาโฉมบัตร หรือหนังสืออนุมัติ(ถ้ามี) | ☐ หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล |
| ☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลกรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล | |
| ☐ 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. กรณีมอบอำนาจให้ผู้ยื่นคำดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า เลขประจำตัว

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

อายุ ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา

เลขที่ใบอนุญาต ออกให้วันที่

ได้รับ ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ออกให้วันที่

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

ปัจจุบันข้าพเจ้า

☐ ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

☐ รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ระบุสถานที่ 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

☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพประกอบโรคศิลปะ

☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ

☐ รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

☐ อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วันที่ เดือน พ.ศ.

[illegible]

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ออกให้ ณ วันที่

โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

[illegible]

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|--|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัว | ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน | ☐ สำเนาฉบับบัตร 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



คู่มือสำหรับประชาชน: การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน 13/07/2015 19:35 การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ
คลินิก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ โทร 0 5462
1096/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -