



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 เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล ตามมาตรา 18 (4) ผู้รับอนุญาตต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในกำหนดสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนนั้น
เงื่อนไข

1.การนับระยะเวลา 20 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุงร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง 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	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ)

ที่	รายการเอกสารยื่นยื่น ตัวคน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
2)	หนังสือเดินทาง	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	ทะเบียนสมรส	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขออนุญาตเปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18)		1	0	ฉบับ	ตาม พรบ. สถานพยาบาล 2541
2)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.19)	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
3)	สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล		1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)
4)	ใบรับรองแพทย์		1	0	ฉบับ	ผู้ดำเนินการ (ใบรับรองแพทย์ไม่ เป็นโรคต้องห้ามและ ร่างกายแข็งแรงและ ไม่เกิน 6 เดือน))
5)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม จำนวน 3 รูป		3	0	ฉบับ	(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1ปี)
6)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล		1	0	ฉบับ	-
7)	สำเนาใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบ โรคศิลปะ		0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
8)	สำเนาอนุมัติบัตรหรือหนังสือ 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.111 : 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.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 -
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน -
จำนวนคำขอที่มากที่สุด -
จำนวนคำขอน้อยที่สุด -
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 กำหนดให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต 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 โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประทุรัง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

1. การอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือการแก้ไขเพิ่มเติมใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

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

๑) สามารถสมัคร หรือลงทะเบียนได้ จากกรมการทะเบียนการค้า

2. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

๑) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนบุคคล

2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล

๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

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)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกอบการประกอบกิจการคลินิก	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 ผู้อนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับทราบการสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว
เงื่อนไข
1.การนับระยะเวลา 23 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน

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

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่ามอบอำนาจให้ผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

ช่องทาง

1. การยื่นคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาลให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

2. การตรวจสอบการ ตรวจสอบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

3. การส่งใบอนุญาตใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้กับผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
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	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติ บันทึกสมุดทะเบียนสถานพยาบาล	15 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
4)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
5)	-	ทำหนังสือแจ้งผลและส่งมอบใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.7)	3 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 23 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	-	1	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
2)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	-	1	1	ฉบับ	กรณีขอเปลี่ยนชื่อ สกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ (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 ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 1
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 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 ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประทุ้วง 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 วัดดูประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล))

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)		1	0	ฉบับ	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามพรบ.สถานพยาบาล 2541
2)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
3)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.8)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
4)	ทะเบียนบ้าน	-	0	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความจำนงและลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
5)	ใบรับรองแพทย์	-	1	0	ฉบับ	(ของผู้แสดงความจำนง มีอายุไม่เกิน 6 เดือน)
6)	ใบมีระบัตร์ของผู้รับอนุญาต	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
7)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล	-	1	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความจำนงฉบับสำเนาลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
8)	หนังสือมอบอำนาจ	-	1	0	ฉบับ	(กรณีมอบอำนาจหนังสือมอบอำนาจให้ติดอากรแสตมป์)

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 ให้แจ้งเป็นตามแบบคำขออนุญาตแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 15 วัน
- 2.พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตรวจสอบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล
- 3.ผู้อนุญาตพิจารณาการแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ลงบันทึกการแจ้งเลิกกิจการลงในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตเพิกถอนการ และสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

เงื่อนไข

- 1.การนับระยะเวลา 1วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมั่วร้ายต่อองค์กร 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 ให้อยู่ในสำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและสำหรับปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาต ตลอดเวลาที่ยังประกอบกิจการ ถ้าไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือนถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจาก

กำหนดหกเดือน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามมาตรา 49 ให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้อง ภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัติ

2. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี

เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 1 วันทำการ นับจากวันที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสาร หลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประทุษร้าย 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 ยื่นยื่นตัวตน	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 ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 1
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 5
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 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 ชื่อนาม ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด

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

เงื่อนไข

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

วิธีการ

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

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.10)

- 1.กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้
 - 1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการ
 - 2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ
 - 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
 - 5) ใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
 - 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 รายการใบ อนุญาตให้ 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) ค่าใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ค่าธรรมเนียม 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

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
จำนวนคำขอน้อยที่สุด -
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	รายการเอกสารยื่น 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 จังหวัด

แพร่ 54000

- 3) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักงานนายกรัฐมนตรี

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. หมวดหมู่ของงานบริการ: 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 24 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ 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	รายละเอียดของขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอการประกอบ กิจการคลินิก	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสาร	10 วันทำ การ	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามใน ใบอนุญาต	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการโอน ให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยัน ตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้โอน	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	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 ยื่นเพิ่มเติม	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
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 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 สมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลแจ้งต่อผู้ขอ อนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตและใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับทราบ การสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

เงื่อนไข

- 1.การนับระยะเวลา 22 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะ วิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประทุรัง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจ สามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

ช่องทาง

- 1.การยื่นคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้ยื่น เรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2.การตรวจสอบการ ตรวจสอบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียน สถานพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แพร่
- 3.การส่งใบอนุญาตใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล ให้กับผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (แบบ สพ.15)

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีถูกทำลาย)
- 4) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(กรณีถูกทำลาย)
- 5) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัดฤประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (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 ประชาชนผู้ประกอบการ กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือ รับรองอำนาจและสำเนาบัตร ประชาชนผู้มอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนาม รับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มี สิทธิ์ลงนามทุกคน)
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	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	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 (สพ.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 สท.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 หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

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)	-	ออกไปรับแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล 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 ยื่นขึ้นตัวคน	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. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

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. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ: 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 ใกล้ชิด

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	1.ยื่นคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน/รับคำขอและรับเอกสารแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล/ นัดตรวจสถานที่ (ตรวจสอบผู้ขออนุมัติแผนการจัดตั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา17 สถานที่เป็นไปตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา 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 ยื่นยันทัวตน	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 สป.1)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
2)	แผนงานการ จัดตั้ง สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สป.2)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
3)	คำขออนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (แบบ สป.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 สิทธิ์ลงนามทุกคน)

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

ร.ร.	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 ควบคุมทำความเข้าใจ 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) 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 สำนักงานสาธารณสุขและการประกอบโรคศิลปะ 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 นิตยบุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

และ (๒) เลขประจำตัว

เป็นนิติบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

☐ คลินิกเวชกรรม ☐ คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง ☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง ☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด ☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์ ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย.....

☐ ๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย.....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ 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 และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล(กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)

☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

☐ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่เกิดโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ

1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจต่ออากรแสตมป์ 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 นิตยบุคคลโดย (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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ อายุกรรม | ☐ ศัลยกรรม | ☐ สูติรีเวชกรรม | ☐ กุมารเวชกรรม |
| ☐ แผนกเทคนิคการแพทย์ | ☐ แผนกออร์โธปิดิกส์ | ☐ แผนกโรคผิวหนัง | ☐ แผนกการผสมเทียม |
| ☐ แผนกกายภาพบำบัด | ☐ แผนกการแพทย์แผนไทย | ☐ แผนกโขนานการ | ☐ แผนกชักฟอก |
| ☐ หอผู้ป่วยหนัก | ☐ ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก | ☐ ห้องผ่าตัดเล็ก | ☐ ห้องให้การรักษา |
| ☐ ห้องทารกหลังคลอด | ☐ การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ | ☐ ห้องไตเทียม | ☐ ห้องทันตกรรม |
| ☐ รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ | ☐ การผ่าตัดเปิดหัวใจ | ☐ การสวนหัวใจ | ☐ รังสีบำบัด |
| ☐ การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า | ☐ การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ | ☐ ห้องเก็บศพ | |
| ☐ แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ | ☐ แผนกการนวด | ☐ แผนกการแพทย์แผนจีน | |
| ☐ 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 และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล | |
| ☐ แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง | |
| ☐ เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้ | |

(ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล

(ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง

(ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร

(ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร

(จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร

(ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร

(ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

- ☐ กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมียกเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
 - (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร 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. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า เลข/ระจำตัว

[illegible]

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

.....ตำบล/แขวงอำเภอ/เขตจังหวัด

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

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ออกให้ ณ วันที่

☐ วชิมนิเทศ ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ หนังสือรับรอง สาขา.....

ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง

วัน/เวลาทำการ.....เพื่อ ☐ ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่

☐ ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก ☐ ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน

☐ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป

ลักษณะสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาล ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผ้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้

(ชี้แจงข้อ) พิจารณาของสถานพยาบาล 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 ๘ 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: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: 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 ไม่มีกำหนดระยะเวลาไว้ตามกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / 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) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วย กฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

(4) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

(5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

(6) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือน ไร้ความสามารถ

ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคล นั้นต้องมีคุณสมบัติ ตามคุณสมบัติข้างต้น คุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(1) ผู้ประกอบวิชาชีพ/เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

(2) ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

กรณีที่ผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้

(3) เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดย ไกล่ชิด

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว 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.ระยะเวลารอการตรวจสถานที่			
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

ร.ร.	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)

ร.ร.	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					

ร.ร.	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 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	วณิสรา สุขวัฒน์

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

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

 สัญชาติ..... อายุ ปี

☐ ๑.๒ นิตินุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

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

และ (๒) เลขประจำตัว

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

เป็นนิตินุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

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

รับที่

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่	
วันที่	
ลงชื่อ	ผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

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

 สัญชาติ..... อายุ ปี☐ ๑.๒ นิตินิติบุคคล.....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 | ☐ แผนกซีกฟอก |
| ☐ 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 ของผู้ประกอบวิชาชีพ |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ | ☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล |
| ☐ สำเนาโฉนดที่ดิน หรือหนังสืออนุมัติ(ถ้ามี) | ☐ หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล |
| ☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล | |
| ☐ 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. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่, เดือน, พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า เลขประจำตัว

[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 ☐ ได้รับความผิดให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน

☐ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป

ลักษณะสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาล ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

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

[illegible]

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|--|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัว | ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน | ☐ สำเนาฉันทบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ | ☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล |
| ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี) | |
| ☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |
| ☐ รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑
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
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน ลำเนาคู่มือประชาชน 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 -

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

มาตรา 19 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออก ใบอนุญาตการขอต่ออายุใบอนุญาตให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นสุด เมื่อได้ ยื่นคำขอแล้วให้ผู้รับอนุญาตประกอบ กิจการสถานพยาบาลต่อไปได้ จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ

การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

2.วิธีการ

1.ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาล หมดอายุก่อนสิ้นปีที่ 10 นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

2.การยื่นต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุไม่น้อยกว่า 3 เดือน เริ่มตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม จนถึง 31 ธันวาคม

3.ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม

4.พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตรวจสอบ การขอต่ออายุใบอนุญาตการผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

5.ผู้อนุญาตพิจารณาการต่อใบอนุญาตผู้ประกอบกิจการ / ออกใบอนุญาตผู้ประกอบกิจการใหม่(เลขใหม่) ลงบันทึก ในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3.เงื่อนไข

1.การนับระยะเวลา 20 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่ สมบูรณ์เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนา บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบ อำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

4.คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (แบบ สป.11) รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประจำตัว
- 2) ใบรับรองแพทย์
- 3) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต
- 4) สเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล
- 5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

6) หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา 45 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

7) สมุดทะเบียนสถานพยาบาลหลักเกณฑ์

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบคำยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาต	10 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	4 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 20 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการ ปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมี หนังสือรับมอบอำนาจและ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบ อำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคลรับรอง สำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิ ลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	กองหนังสือ เดินทาง	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามสำเนาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ	กรมการ ปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามสำเนาถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	กรมพัฒนา ธุรกิจการค้า	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นนิติบุคคล ให้ ประทับตรานิติบุคคล และผู้มี อำนาจลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอต่ออายุ ใบอนุญาตประกอบ กิจการสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วย ไว้ค้างคืน (แบบ สป.11)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	(ตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
2)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
3)	สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ประกอบการ)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	ทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
5)	ใบรับรองแพทย์ผู้ประกอบการ (ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน)	-	1	0	ฉบับ	-
6)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (แบบ สพ.8)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
7)	หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาลจากพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 45 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541/แบบประเมินตนเองของสถานพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	(แบบประเมินตนเองของสถานพยาบาลผู้ประกอบการต้องประเมินตนเองตามแบบที่กำหนด)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
8)	แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลต้องชัดเจน	-	1	0	ฉบับ	(มีรายละเอียดสถานที่ใกล้เคียง ชัดเจน)
9)	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของผู้ดำเนินการ (สถานพยาบาล)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

1) ต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการคลินิก

ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

1) ช่องทางการร้องเรียน หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000

หมายเหตุ -

2) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000

หมายเหตุ -

3) ช่องทางการร้องเรียน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

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

หมายเหตุ -

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) คำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.11)

19. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	15/07/2558
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สสจ.สธ.
อนุมัติโดย	วณิสรา สุขวัฒน์
เผยแพร่โดย	เชาวลิต ทวนทอง

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ

 เลขประจำตัว

 สัญชาติ อายุ ปี

☐ ๑.๒ นิตินุคคล
โดย (๑) เลขประจำตัว

และ (๒) เลขประจำตัว

เป็นนิตินุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ....."

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

ขอต่ออายุใบอนุญาต (ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ครั้งที่

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว☐ ใบรับรองแพทย์☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต☐ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล☐ หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ



คู่มือสำหรับประชาชน: การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เปิดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: 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 สำนักคู่มือประชาชน 13/07/2015 19:35 การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก 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 -

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

มาตรา 19 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออก ใบอนุญาตการขอต่ออายุใบอนุญาตให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นสุด เมื่อได้ ยื่นคำขอแล้วให้ผู้รับอนุญาตประกอบ กิจการสถานพยาบาลต่อไปได้ จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ

การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

2.วิธีการ

1.ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาล หมดอายุก่อนสิ้นปีที่ 10 นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

2.การยื่นต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุไม่น้อยกว่า 3 เดือน เริ่มตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม จนถึง 31 ธันวาคม

3.ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม

4.พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตรวจสอบ การขอต่ออายุใบอนุญาตการผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

5.ผู้อนุญาตพิจารณาการต่อใบอนุญาตผู้ประกอบกิจการ / ออกใบอนุญาตผู้ประกอบกิจการใหม่(เลขใหม่) ลงบันทึก ในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3.เงื่อนไข

1.การนับระยะเวลา 20 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่ สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนา บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบ อำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

4.คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (แบบ สพ.11) รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประจำตัว
- 2) ใบรับรองแพทย์
- 3) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต
- 4) สเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล
- 5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

6) หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา 45 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

7) สมุดทะเบียนสถานพยาบาลหลักเกณฑ์

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบคำยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาต	10 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	4 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 20 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการ ปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมี หนังสือรับมอบอำนาจและ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบ อำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคลรับรอง สำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิ ลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	กองหนังสือ เดินทาง	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามสำเนาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ	กรมการ ปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามสำเนาถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	กรมพัฒนา ธุรกิจการค้า	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นนิติบุคคล ให้ ประทับตรานิติบุคคล และผู้มี อำนาจลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอต่ออายุ ใบอนุญาตประกอบ กิจการสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วย ไว้ค้างคืน (แบบ สป.11)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	(ตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541)

ที่	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
2)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วย ไว้ค้างคืน	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
3)	สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ประกอบการ)	กรมการ ปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	ทะเบียนบ้านที่ตั้ง สถานพยาบาล	กรมการ ปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
5)	ใบรับรองแพทย์ผู้ ประกอบกิจการ (ไม่เป็นโรคต้องห้าม และร่างกายแข็งแรง และออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน)	-	1	0	ฉบับ	-
6)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (แบบ สพ.8)	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
7)	หนังสือรับรองการ ตรวจสอบ สถานพยาบาลจาก พนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา 45 แห่ง พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ.2541/แบบ ประเมินตนเองของ สถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	(แบบประเมินตนเองของ สถานพยาบาลผู้ประกอบการ กิจการต้องประเมินตนเอง ตามแบบที่กำหนด)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
8)	แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลต้องชัดเจน	-	1	0	ฉบับ	(มีรายละเอียดสถานที่ใกล้เคียง ชัดเจน)
9)	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของผู้ดำเนินการ (สถานพยาบาล)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าอายุใบอนุญาตประกอบกิจการคลินิก

ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

1) ช่องทางการร้องเรียน หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000

หมายเหตุ -

2) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ถนนบ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 54000

หมายเหตุ -

3) ช่องทางการร้องเรียน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

4) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ -สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

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) คำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.11)

19. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	15/07/2558
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ลสจ.สธ.
อนุมัติโดย	วนิสรา สุขวัฒน์
เผยแพร่โดย	เชาวลิต ทวนทอง

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

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

และ (๒) เลขประจำตัว

เป็นนิตินุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ”

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

ขอต่ออายุใบอนุญาต (ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ครั้งที่))

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว☐ ใบรับรองแพทย์☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต☐ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล☐ หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

หมายเหตุ 1.ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ จดตอการแสดมภ์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

**คู่มือสำหรับประชาชน: การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนงาน: การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
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 30
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 50
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 20
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก 27/06/2558
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 -
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
หลักเกณฑ์
 - 1.มาตรา 28 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่ 2 นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต
 - 2.การขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ เมื่อได้ยื่นคำขอแล้วให้ผู้นั้นดำเนินการสถานพยาบาลต่อไปได้จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ

3.การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
วิธีการ

1. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้
ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลหมดอายุ ก่อนสิ้นปีที่ 2 นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต
2. การยื่นต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุไม่น้อยกว่า 3 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เดือน
ตุลาคม จนถึง 31 ธันวาคม
3. ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม
4. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่/กลุ่มงานเภสัชกรรม
และคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลชุมชน ตรวจสอบขอต่ออายุใบอนุญาตการผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
5. ผู้อนุญาตพิจารณาการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล / ลงบันทึกการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
ในใบอนุญาตและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

เงื่อนไข

- 1.การนับระยะเวลา 20 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน
ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะ
วิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมั่วร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การ
ก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตร
ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจ
สามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

แบบคำขอการต่อใบอนุญาตการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) (แบบ สพ.20)

รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

- 1) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 2) รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี (กรณีออกใบอนุญาตใหม่)
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 4) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- 5) เอกสารอื่นๆ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตดำเนินสถานพยาบาล	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่หรือกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลชุมชน	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาต	10 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	(เริ่มนับระยะเวลาเมื่อ สสจ.ได้รับเอกสารจาก รพช.แล้ว)
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	4 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 20 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือ รับมอบอำนาจและสำเนาบัตร ประชาชนผู้รับมอบอำนาจ)
2)	หนังสือเดินทาง	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	-	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	SMART CARD ของแพทย์(กรณี ผู้ดำเนินการเป็น แพทย์)	-	1	1	ฉบับ	(เพื่อใช้ตรวจสอบสำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวช กรรมลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.20)	-	1	0	ฉบับ	(ตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541)
2)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.19) ฉบับจริง	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดแพร่	1	0	ฉบับ	-
3)	ใบรับรองแพทย์		1	0	ฉบับ	(ใบรับรองแพทย์ไม่เป็น โรคต้องห้ามและร่างกาย แข็งแรงและออกไว้ไม่เกิน

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						6 เดือน)
4)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม 3 รูป		3	0	ฉบับ	(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี กรณี ออกใบอนุญาตใบใหม่)
5)	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ประกอบโรคศิลปะ		0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียม

ใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก 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) ขอต้ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.20)

19. หมายเหตุ



คู่มือสำหรับประชาชน: การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
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: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ -
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน -
จำนวนคำขอที่มากที่สุด -
จำนวนคำขอน้อยที่สุด -
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
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. มาตรา 28 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต
 2. การขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ เมื่อได้ยื่นคำขอแล้วให้ผู้นั้นดำเนินการสถานพยาบาล

ต่อไปได้จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ

3. การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
4. ในส่วนภูมิภาค อนุญาตการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล เฉพาะกรณีไม่ต้องเปลี่ยนใบอนุญาต

วิธีการ

1. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หมดอายุก่อนสิ้นปีที่ 2 นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต
2. การยื่นต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุไม่น้อยกว่า 3 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม จนถึง 31 ธันวาคม
3. ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม
4. พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบขอต่ออายุใบอนุญาตการผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
5. ผู้อนุญาตพิจารณาการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล / ลงบันทึกการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ในใบอนุญาตและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 20 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

แบบคำขอการต่อใบอนุญาตการดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.20)

รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

- 1) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 2) รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี (กรณีออกใบอนุญาตใหม่)
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 4) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- 5) เอกสารอื่นๆ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตดำเนินสถานพยาบาล	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาต	10 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	4 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-

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	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

ที่	รายการเอกสาร ยื่นต้นตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						กรณีมอบอำนาจ ต้องมี หนังสือมอบอำนาจและ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับ มอบอำนาจ
2)	หนังสือเดินทาง	-	1	1	ฉบับ	กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	-	1	1	ฉบับ	กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
4)	SMART CARD ของ แพทย์(กรณี ผู้ดำเนินการเป็นแพทย์)	-	1	1	ฉบับ	เพื่อให้ตรวจสอบสำเนา ใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพเวชกรรม ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารอื่น เพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.20)		1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.19) ฉบับจริง	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
3)	ใบรับรองแพทย์		1	0	ฉบับ	(ใบรับรองแพทย์ไม่ เป็นโรคต้องห้าม และร่างกาย แข็งแรง)

ที่	รายการเอกสารอื่น เพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
4)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม 3 รูป		3	0	ฉบับ	(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี กรณีออก ใบอนุญาตใบใหม่)

16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียม

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

- | | |
|---|------------------|
| (ก) ไม่เกิน 10 เตียง | ฉบับละ 500 บาท |
| (ข) เกิน 10 เตียง แต่ไม่เกิน 25 เตียง | ฉบับละ 1,250 บาท |
| (ค) เกิน 25 เตียง แต่ไม่เกิน 50 เตียง | ฉบับละ 2,500 บาท |
| (ง) เกิน 50 เตียง แต่ไม่เกิน 100 เตียง | ฉบับละ 5,000 บาท |
| (จ) เกิน 100 เตียง และให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น สำหรับที่เกิน 100 เตียง เติงละ 50 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

- 1) คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.20)

**คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อกระบวนการ: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล

1. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
2. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่ต่อเนื่องจากหน่วยงานอื่น
3. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
4. 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
5. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
6. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดแพร่
7. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
8. ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ -
9. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน -
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด -
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด -
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
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**

กรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) สูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ดำเนินการแจ้งต่อผู้
ขออนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับการสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

เงื่อนไข

- 1.การนับระยะเวลา 30 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)
3. ในส่วนภูมิภาค เฉพาะรับเอกสารคำขอและหลักฐานประกอบ เพื่อให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะพิจารณาออกใบแทนใบอนุญาต

ช่องทาง

- 1.การยื่นคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาลให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- 2.การตรวจสอบการ ตรวจสอบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ดำเนินการส่งคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาลให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พิจารณาส่งออกใบแทนใบอนุญาต
4. การส่งใบอนุญาตใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้กับผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

คำขอใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ส.พ.21 เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่น

- 1.สำเนาบัตรประจำตัว
- 2.สำเนาภาพถ่ายทะเบียนบ้าน
- 3.รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตร จำนวน 2 รูปถ่ายไม่เกินหนึ่งปี
- 4.ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีชำรุด)
- 5.สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 6.เอกสารอื่นๆ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	20 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
2)	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐาน	40 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
3)	-	ทำหนังสือแจ้งและส่งมอบคำขอและเอกสารประกอบคำขอ แก่สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	3 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
4)	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	40 นาที	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	-
5)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติ บันทึกสมุดทะเบียนสถานพยาบาล	15 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	-
6)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	-
7)	-	ส่งมอบใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19)	6 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
				โรคศิลปะ	
8)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	4 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 30 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
2)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	-	1	1	ฉบับ	(กรณีขอเปลี่ยนชื่อ สกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ		1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารอื่น เพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	(ส.พ 21)					
2)	สำเนาทะเบียนบ้าน	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
3)	รูปถ่ายขนาด 2.5X3 เซนติเมตรจำนวน 2 รูปถ่าย ไว้ไม่เกินหนึ่งปี	-	2	0	ฉบับ	(รูปถ่าย ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล)
4)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.19)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	(กรณีชำรุด / ถูกทำลาย)
5)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.9)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
6)	หนังสือแจ้งความ (กรณีสูญ หาย)	-	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียม

การขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล 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

แบบคำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายใน
สาระสำคัญ (ส.พ.21)



คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/การขอใบ
แทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่ต่อเนื่องจากหน่วยงานอื่น
4. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ: 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 -
จำนวนคำขอน้อยที่สุด -
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
เบอร์โทรศัพท์ 0 5462 1096 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่
เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

หมายเหตุ

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

- 1 กรณีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) หรือ
- 2 สมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลแจ้งต่อผู้ขออนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตและใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับการสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

เงื่อนไข

- 1.การนับระยะเวลา 29 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมั่วร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)
3. ในส่วนภูมิภาค ดำเนินการเฉพาะรับเอกสารคำขอและหลักฐานประกอบ เพื่อให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะพิจารณาขอใบแทนใบอนุญาต

ช่องทาง

- 1.การยื่นคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล ให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ หรือที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- 2.การตรวจสอบการ ตรวจสอบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่
จังหวัดแพร่ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
ส่วนกลาง : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- 3.การส่งใบอนุญาตใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้กับผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
(แบบ ส.พ.15)

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

หมายเหตุ

กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอ และเอกสารประกอบคำขอ ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน	40 นาที	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข	-
2)	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและ ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน	40 นาที	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	
3)	-	จัดทำหนังสือแจ้งและส่ง มอบคำขอและเอกสาร ประกอบคำขอให้สำนัก สถานพยาบาลและการ ประกอบโรคศิลปะ	3 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	
4)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียน บันทึกใบประวัติ บันทึก สมุดทะเบียน	15 วันทำการ	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ	เริ่มนับ ระยะเวลาเมื่อ ได้รับเอกสาร

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		สถานพยาบาล		โรคศิลปะ	
5)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	-
6)	-	ส่งมอบใบแทนใบอนุญาต ให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ.7)/ สมุดทะเบียน สถานพยาบาลให้สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด	1 วันทำการ	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	-
7)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการ พิจารณาไปยังผู้ยื่นขอ ใบอนุญาต	4 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่	เริ่มนับ ระยะเวลาเมื่อ ได้รับเอกสาร

ระยะเวลาดำเนินการรวม 29 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	-	1	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาบัตร ประชาชนผู้ประกอบกิจการ กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือ รับมอบอำนาจและสำเนาบัตร ประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

ที่	รายการเอกสาร ยื่นขึ้นตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
						กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรอง สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิ ลงนามทุกคน
2)	หนังสือเดินทาง	-	1	1	ฉบับ	กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	-	1	1	ฉบับ	กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง
4)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	-	1	1	ฉบับ	กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาหนังสือ รับรองนิติบุคคล

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอรับใบแทนใบอนุญาต ให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาลหรือสมุด ทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ. 15)		1	0	ฉบับ	กรณีสูญหายหรือถูกทำลายใน สาระสำคัญ
2)	สำเนาทะเบียนบ้าน	-	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3)	ใบอนุญาตให้ประกอบ กิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)	กรมสนับสนุน บริการ สุขภาพ	1	0	ฉบับ	กรณีถูกทำลายในสาระสำคัญ
4)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ. 9)	กรมสนับสนุน บริการ สุขภาพ	1	0	ฉบับ	กรณีถูกทำลายในสาระสำคัญ
5)	หนังสือแจ้งความ	-	1	0	ฉบับ	กรณีสูญหาย

16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียม

การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
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

แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
(แบบ ส.พ.15)

**คู่มือสำหรับประชาชน: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่ต่อเนื่องจากหน่วยงานอื่น
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: สอนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
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

กำหนดให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

มีการเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล

การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ

การเปลี่ยนชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด

วิธีการ

1. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
2. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ตรวจสอบการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
3. ดำเนินการส่งเรื่องให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
4. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตฯ / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 29 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประทุรัง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)
3. ในส่วนภูมิภาค ดำเนินการเฉพาะรับเอกสารคำขอและหลักฐานประกอบ เพื่อให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะพิจารณาออกใบแทนใบอนุญาต

ช่องทาง

ขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

การตรวจสอบการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

การส่งใบอนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้กับผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

แบบคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.22)

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ดำเนินการ
- 2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 4) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 5) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวกับการขอเปลี่ยนแปลง
- 6) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ

กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล	40 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	
2)	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐาน	40 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	
3)	-	จัดทำหนังสือแจ้งและส่งมอบคำขอและเอกสารประกอบคำขอให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	3 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	
4)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสาร	15 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	เริ่มนับระยะเวลาเมื่อได้รับเอกสาร
5)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาล	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
				และการประกอบโรคศิลปะ	
6)	-	ส่งมอบใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล/สมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	-
7)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	4 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	เริ่มนับระยะเวลาเมื่อได้รับเอกสาร

ระยะเวลาดำเนินการรวม 29 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล		0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
2)	ทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ		0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารอื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง รายการใบอนุญาตให้ ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.22)		1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาล(ส.พ.19)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
3)	กรณีเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล (ให้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องใน การเปลี่ยนชื่อ)		1	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
4)	รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 2 รูป		2	0	ฉบับ	(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)
5)	กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อ ถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ให้ แนบเอกสาร)		0	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
6)	กรณีการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต(ให้แนบ เอกสาร)		0	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
7)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 100 บาท

หมายเหตุ (กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้ดำเนินการไม่ต้องเสียธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง)

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) คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.22)

19. หมายเหตุ

**คู่มือสำหรับประชาชน: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่ต่อเนื่องจากหน่วยงานอื่น
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: ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ
โรงพยาบาล
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
โทร 0 5462 1096/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
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 29 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประทุรัง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)
3. ในส่วนภูมิภาค ดำเนินการเฉพาะรับเอกสารคำขอและหลักฐานประกอบ เพื่อให้สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะพิจารณาออกไปแทนใบอนุญาต

วิธีการ

1. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการโรงพยาบาล ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
2. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงรายการในการประกอบกิจการโรงพยาบาล
3. ดำเนินการส่งเรื่องให้สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
4. พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงรายการในการประกอบกิจการโรงพยาบาล
5. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาต การเปลี่ยนแปลงรายการการประกอบกิจการโรงพยาบาล/ลงบันทึกในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
6. ส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการโรงพยาบาล ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.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) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจลงนามบริษัท

หมายเหตุ

1. สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการโรงพยาบาล	40 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	-
2)	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐาน	40 นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	
3)	-	จัดทำหนังสือแจ้งและส่งมอบคำขอและเอกสารประกอบคำขอให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	3 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
4)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสาร	15 วันทำการ	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	เริ่มนับระยะเวลา เมื่อได้รับเอกสาร
5)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามใน ใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	-
6)	-	ส่งมอบใบแทนใบอนุญาต ให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ.7)/ สมุดทะเบียน สถานพยาบาลให้สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด	1 วันทำการ	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	-
7)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการ พิจารณาไปยังผู้ยื่นขอ ใบอนุญาต	4 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่	เริ่มนับระยะเวลา เมื่อได้รับเอกสาร

ระยะเวลาดำเนินการรวม 29 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้ประกอบ กิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลง นาม	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.10)		1	0	ฉบับ	-
2)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบการ	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.9)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
4)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
5)	กรณีการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต(ให้แนบเอกสาร)	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
6)	กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ให้แนบเอกสาร)	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
7)	กรณีเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล (ให้แนบเอกสาร)	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
8)	ใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกอบโรคศิลปะ หรือ					เปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบ

ที่	รายการเอกสารอื่น เพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	วุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ					โรคศิลปะ หรือผู้ได้รับ วุฒิบัตร หรือหนังสือ อนุมัติ

16. ค่าธรรมเนียม

มีค่าธรรมเนียม

การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล 100 บาท

หมายเหตุ (กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้รับอนุญาตไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง)

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

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.10)