ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง การกำหนดแบบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามกฎกระทรวง ว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ และตามกฎกระทรวง ว่าด้วยวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

โดยที่กฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ และกฎกระทรวงว่าด้วยวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ได้กำหนดให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจกำหนดแบบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ และกฎกระทรวงว่าด้วยวิชาชีพและลักษณะผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๓ ข้อ ๕ ข้อ ๑๑ ข้อ ๑๓ ข้อ ๑๔ ข้อ ๑๗ ข้อ ๑๘ ข้อ ๑๙ ข้อ ๒๒ ข้อ ๒๔ ข้อ ๒๕ ข้อ ๒๖ ข้อ ๒๙ และข้อ ๓๔ ของกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ และข้อ ๑ ของกฎกระทรวงว่าด้วยวิชาชีพและลักษณะผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๒ แบบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๑ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ แบบแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๒ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ แบบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๓ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ แบบแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๔ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ แบบคำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๕ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ แบบหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๖ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ แบบใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๗ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๙ แบบสมุดทะเบียนสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๘ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๐ แบบสมุดทะเบียนสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๙ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๑ กรณีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ให้ผู้รับอนุญาตแจ้งต่อผู้อนุญาตเพื่อขอรับสมุดทะเบียนสถานพยาบาล ภายในกำหนดเวลาเจ็ดวันนับจากวันที่ผู้รับอนุญาตได้พบว่าสมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ตามแบบใน ส.พ. ๑๕ ท้ายประกาศนี้ โดยผู้รับอนุญาตจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าสมุดทะเบียนสถานพยาบาลฉบับใหม่

ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบคัดสำเนาของสถานพยาบาลนั้นตามรายการที่ระบุไว้ในข้อ ๑๔ แห่งกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ ลงในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล โดยให้ระบุ “ฉบับแทน” ไว้หน้าสมุดทะเบียนสถานพยาบาล และให้พนักงานเจ้าหน้าที่รับรองสำเนาในเอกสารทุกแผ่น

ข้อ ๑๒ แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๑๐ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๓ แบบคำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๑๑ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๔ แบบหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๑๒ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๕ แบบคำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๑๓ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๖ แบบหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๑๔ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๗ แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๑๕ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๘ แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาลให้แตกต่างไปจากที่ระบุในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ หรือดัดแปลงอาคารเกินกว่าที่ได้รับอนุญาตไว้เดิม ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๑๖ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๙ แบบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ให้เป็นไปตามแบบ ส.พ. ๑๗ ท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๕
วินัย วิริยกิจจา
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบ ส.พ. ๑

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

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

☐ คลินิกเวชกรรม ☐ คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด ☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์ ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย .....

.....

.....

☐ ๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย .....

.....

.....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....

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

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
☐ แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล
☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
☐ ใบรับรองแพทย์
☐ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
☐ สำเนาบัตรประจำตัว
☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
☐ อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๒

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

แบบ ส.พ. ๓

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

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่ .....
.....
.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

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. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

☐ ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ โรงพยาบาลเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไป

☐ สถานพยาบาลเวชกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลทันตกรรมทั่วไป

☐ สถานพยาบาลทันตกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลการผดุงครรภ์

☐ สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ☐ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย

☐ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ ๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย .....

.....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....

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

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์. .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

☐ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

☐ แบบแปลน ประกอบด้วย แบบร่างทางสถาปัตยกรรม ผังหลัก และผังบริเวณของสถานพยาบาลที่จะก่อสร้าง

☐ ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือรื้อถอนอาคาร

☐ สำเนาหนังสือขอความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)

☐ สำเนาบัตรประจำตัว

☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ ใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

☐ อื่น ๆ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ โรงพยาบาลเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไป

☐ สถานพยาบาลเวชกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลทันตกรรมทั่วไป

☐ สถานพยาบาลทันตกรรมเฉพาะทาง ..... ☐ สถานพยาบาลการผดุงครรภ์

☐ สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ☐ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ☐ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์

๒. ขนาดสถานพยาบาล ..... เตียง

๓. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....
.....
.....
.....
.....

๔. ลักษณะอาคารสถานพยาบาล

☐ เป็นอาคารสถานพยาบาลสร้างใหม่ ☐ เป็นอาคารดัดแปลงจากอาคารเดิม ☐ อื่น ๆ .....

๕. การเงินโดยประมาณ

งบลงทุน .....บาท แหล่งลงทุนจาก

☐ ส่วนตัว ..... เปอร์เซ็นต์ ☐ สถาบันการเงินในประเทศ ..... เปอร์เซ็นต์

☐ สถาบันการเงินต่างประเทศ ..... เปอร์เซ็นต์ ☐ หุ้น.....เปอร์เซ็นต์

๖. พื้นที่บริการครอบคลุม

๖.๑ ในเขตท้องที่การปกครองของกระทรวงมหาดไทย (อำเภอ/เขต จังหวัด) ได้แก่

.....
.....
.....
.....

๖.๒ จำนวนประชากรภายในเขตรัศมี ๕ กิโลเมตร โดยรอบสถานพยาบาล มีประมาณ.....คน

๗. สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ในพื้นที่บริการ

(๑) สถานพยาบาลของรัฐ ..... แห่ง มีบริการ

☐ ผู้ป่วยใน ..... เตียง ☐ ห้องผ่าตัด ..... ห้อง ☐ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ..... เครื่อง

☐ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ..... เครื่อง ☐ เครื่องสลายนิ่ว ..... เครื่อง

☐ เครื่องล้างไต ..... เครื่อง ☐ อื่น ๆ เช่น .....

(๒) สถานพยาบาลเอกชน ..... แห่ง มีบริการ

☐ ผู้ป่วยใน ..... เตียง ☐ ห้องผ่าตัด ..... ห้อง ☐ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ..... เครื่อง

☐ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ..... เครื่อง ☐ เครื่องสลายนิ่ว ..... เครื่อง

☐ เครื่องล้างไต ..... เครื่อง ☐ อื่น ๆ เช่น .....

๘. ปัญหาการบริการรักษาพยาบาลในพื้นที่ที่ครอบคลุม ซึ่งเป็นเหตุให้สมควรลงทุน คือ .....
.....
.....
.....
.....

๙. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพที่จะมาปฏิบัติงาน

๙.๑ แพทย์ ..... คน ๙.๒ พยาบาล ..... คน
๙.๓ ทันตแพทย์ ..... คน ๙.๔ เภสัชกร ..... คน
๙.๕ ผู้ประกอบโรคศิลปะ
(๑) นักกายภาพบำบัด ..... คน (๒) นักเทคนิคการแพทย์ ..... คน
(๓) แพทย์แผนไทยประยุกต์ ..... คน
(๔) แพทย์แผนไทย ..... คน
- เวชกรรมไทย ..... คน - เภสัชกรรมไทย ..... คน
- แพทย์แผนไทยประเภทอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของ
คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ ..... คน
(๕) อื่น ๆ.....

๑๐. ผู้ประกอบวิชาชีพที่จะมาปฏิบัติงานในตำแหน่งที่สำคัญ (โปรดเขียน ชื่อ-สกุล ถ้าสามารถระบุได้)

☐ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ..... ☐ ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ .....
☐ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ..... ☐ อื่น ๆ .....

๑๑. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล มีระยะเวลา.....ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติแผนการจัดตั้งสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

วันที่.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๕

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

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

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.....

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 ☐ สูตินรีเวชกรรม ☐ กุมารเวชกรรม
☐ แผนกเทคนิคการแพทย์ ☐ แผนกออร์โธปิดิกส์ ☐ แผนกโรคผิวหนัง ☐ แผนกการผสมเทียม
☐ แผนกกายภาพบำบัด ☐ แผนกการแพทย์แผนไทย ☐ แผนกโภชนาการ ☐ แผนกชักฟอก
☐ หอผู้ป่วยหนัก ☐ ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก ☐ ห้องผ่าตัดเล็ก ☐ ห้องให้การรักษา
☐ ห้องทารกหลังคลอด ☐ การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ☐ ห้องไตเทียม ☐ ห้องทันตกรรม
☐ รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ ☐ การผ่าตัดเปิดหัวใจ ☐ การสวนหัวใจ ☐ รังสีบำบัด
☐ การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ☐ การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ ☐ ห้องเก็บศพ
☐ แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ☐ แผนกการนวด ☐ แผนกการแพทย์แผนจีน
☐ อื่น ๆ .....

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) .....
.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว
☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
☐ ใบรับรองแพทย์
☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)
☐ หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส.พ. ๖ พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบวิชาชีพ
☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
☐ หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ขอเป็นนิติบุคคล)
☐ 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

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๖

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่ .....
.....
.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ ..... ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่ .....

ได้รับ ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ..... ออกให้วันที่.....

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

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

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

ปัจจุบันข้าพเจ้า

☐ ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

☐ รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) .....
.....
.....
.....

☐ ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน

☐ เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล .....

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้ .....

.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ ☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ

☐ รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

☐ อื่น ๆ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๗

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่ (ใบอนุญาตเดิมเลขที่)

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภท .....
ลักษณะสถานพยาบาล ..... จำนวนเตียง ..... เตียง
ณ สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
วัน/เวลาเปิดทำการ.....
.....
บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....
.....
.....
.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงประกอบกิจการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้รับบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องมาชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปีภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ของทุกปี หากไม่ชำระภายในกำหนด จะต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละห้าต่อเดือน และอาจถูกปิดสถานพยาบาลได้ตามมาตรา ๔๙ และมาตรา ๕๐

สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่ (ใบอนุญาตเดิมเลขที่)

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ ไว้แก่

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภท.....

ลักษณะสถานพยาบาล..... จำนวนเตียง.....เตียง

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย / ตรอก .....ถนน .....

ตำบล / แขวง .....อำเภอ / เขต ..... จังหวัด .....

วัน / เวลาเปิดทำการ.....

.....

บริการที่จัดให้มี.....

.....

.....

.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงประกอบกิจการ สถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้(มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องมาชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี ภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ของทุกปี หากไม่ชำระภายในกำหนด จะต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละห้าต่อเดือน และอาจถูกปิดสถานพยาบาลได้ตามมาตรา ๔๙ และมาตรา ๕๐

บริการที่ได้รับอนุญาต

บริการที่ได้รับอนุญาต.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

รูปถ่าย

ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....เลขที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ประเภท ..... จำนวนเตียง ..... เตียง ลักษณะสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

รูปถ่าย

ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....เลขที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ประเภท ..... จำนวนเตียง ..... เตียง ลักษณะสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

<u>คำเตือน</u>

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

รูปถ่าย

ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....เลขที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ประเภท ..... จำนวนเตียง ..... เตียง ลักษณะสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

<u>คำเตือน</u>

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

รูปถ่าย

ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....เลขที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ประเภท ..... จำนวนเตียง ..... เตียง ลักษณะสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....เลขที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ประเภท ..... จำนวนเตียง ..... เตียง ลักษณะสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๙ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

รายการบันทึกการต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ครั้งที่	วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง	ผู้อนุญาต	ตำแหน่ง	ผู้บันทึก (ตัวพิมพ์หรือตัวบรรจง)
๑	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.			
๒	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.			
๓	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.			
๔	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.			
๕	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.			

รายการการชำระค่าธรรมเนียมรายปี

สถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ครั้งที่	ชำระค่าธรรมเนียมประจำปี พ.ศ.	วันชำระค่าธรรมเนียม	ใบเสร็จรับเงินเล่มที่ / เลขที่	จำนวนเงินค่าธรรมเนียม	จำนวนเงินเพิ่ม	ผู้บันทึก
๑.						
๒.						
๓.						
๔.						
๕.						
๖.						
๗.						
๘.						
๙.						
๑๐.						

รายการการชำระค่าธรรมเนียมรายปี

สถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ครั้งที่	ชำระค่าธรรมเนียมประจำปี พ.ศ.	วันชำระค่าธรรมเนียม	ใบเสร็จรับเงินเล่มที่ / เลขที่	จำนวนเงินค่าธรรมเนียม	จำนวนเงินเพิ่ม	ผู้บันทึก
๑๑.						
๑๒.						
๑๓.						
๑๔.						
๑๕.						
๑๖.						
๑๗.						
๑๘.						
๑๙.						
๒๐.						

รายการการชำระค่าธรรมเนียมรายปี

สถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ครั้งที่	ชำระค่าธรรมเนียม ประจำปี พ.ศ.	วันชำระ ค่าธรรมเนียม	ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่ / เลขที่	จำนวนเงิน ค่าธรรมเนียม	จำนวน เงินเพิ่ม	ผู้บันทึก
๒๑.						
๒๒.						
๒๓.						
๒๔.						
๒๕.						
๒๖.						
๒๗.						
๒๘.						
๒๙.						
๓๐.						

รายการการชำระค่าธรรมเนียมรายปี

สถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ครั้งที่	ชำระค่าธรรมเนียม ประจำปี พ.ศ.	วันชำระ ค่าธรรมเนียม	ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่ / เลขที่	จำนวนเงิน ค่าธรรมเนียม	จำนวน เงินเพิ่ม	ผู้บันทึก
๓๑.						
๓๒.						
๓๓.						
๓๔.						
๓๕.						
๓๖.						
๓๗.						
๓๘.						
๓๙.						
๔๐.						

รายการการชำระค่าธรรมเนียมรายปี

สถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ครั้งที่	ชำระค่าธรรมเนียม ประจำปี พ.ศ.	วันชำระ ค่าธรรมเนียม	ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่ / เลขที่	จำนวนเงิน ค่าธรรมเนียม	จำนวน เงินเพิ่ม	ผู้บันทึก
๔๑.						
๔๒.						
๔๓.						
๔๔.						
๔๕.						
๔๖.						
๔๗.						
๔๘.						
๔๙.						
๕๐.						

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล
(การเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ,การแก้ไขเปลี่ยนแปลงในใบอนุญาต,การเพิ่มหรือลดบริการ,การโอนใบอนุญาต,การออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล)

วัน เดือน ปี	รายการที่แก้ไขเปลี่ยนแปลง	ผู้อนุญาต

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล
(การเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ,การแก้ไขเปลี่ยนแปลงในใบอนุญาต,การเพิ่มหรือลดบริการ,การโอนใบอนุญาต,การออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล)

วัน เดือน ปี	รายการที่แก้ไขเปลี่ยนแปลง	ผู้อนุญาต

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล
(การเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ,การแก้ไขเปลี่ยนแปลงในใบอนุญาต,การเพิ่มหรือลดบริการ,การโอนใบอนุญาต,การออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล)

วัน เดือน ปี	รายการที่แก้ไขเปลี่ยนแปลง	ผู้อนุญาต

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล
(การเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ,การแก้ไขเปลี่ยนแปลงในใบอนุญาต,การเพิ่มหรือลดบริการ,การโอนใบอนุญาต,การออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล)

วัน เดือน ปี	รายการที่แก้ไขเปลี่ยนแปลง	ผู้อนุญาต

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ

สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่ (ใบอนุญาตเดิมเลขที่)

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ ไว้แก่

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภท.....

ลักษณะสถานพยาบาล..... จำนวนเตียง.....เตียง

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย / ตรอก .....ถนน .....

ตำบล / แขวง .....อำเภอ / เขต ..... จังหวัด .....

วัน / เวลาเปิดทำการ.....

.....

บริการที่จัดให้มี.....

.....

.....

.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

<u>คำเตือน</u>

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงประกอบกิจการ สถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้(มาตรา ๔๙ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องมาชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี ภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ของทุกปี หากไม่ชำระภายในกำหนด จะต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละห้าต่อเดือน และอาจถูกปิดสถานพยาบาลได้ตามมาตรา ๔๙ และมาตรา ๕๐

บริการที่ได้รับอนุญาต

บริการที่ได้รับอนุญาต.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

รูปถ่าย

ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....เลขที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ประเภท ..... จำนวนเตียง ..... เตียง ลักษณะสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้รับบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....เลขที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ประเภท ..... จำนวนเตียง ..... เตียง ลักษณะสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

รูปถ่าย

ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....เลขที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ประเภท ..... จำนวนเตียง ..... เตียง ลักษณะสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้รับบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....เลขที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ประเภท ..... จำนวนเตียง ..... เตียง ลักษณะสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

รูปถ่าย

ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....เลขที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ประเภท ..... จำนวนเตียง ..... เตียง ลักษณะสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....

คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้รับบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

รายการบันทึกการต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ครั้งที่	วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง	ผู้อนุญาต	ตำแหน่ง	ผู้บันทึก (ตัวพิมพ์หรือตัวบรรจง)
๑	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.			
๒	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.			
๓	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.			
๔	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.			
๕	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.			

รายการการชำระค่าธรรมเนียมรายปี

สถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ครั้งที่	ชำระค่าธรรมเนียม ประจำปี พ.ศ.	วันชำระ ค่าธรรมเนียม	ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่ / เลขที่	จำนวนเงิน ค่าธรรมเนียม	จำนวน เงินเพิ่ม	ผู้บันทึก
๑.						
๒.						
๓.						
๔.						
๕.						
๖.						
๗.						
๘.						
๙.						
๑๐.						

รายการการชำระค่าธรรมเนียมรายปี

สถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ครั้งที่	ชำระค่าธรรมเนียมประจำปี พ.ศ.	วันชำระค่าธรรมเนียม	ใบเสร็จรับเงินเล่มที่ / เลขที่	จำนวนเงินค่าธรรมเนียม	จำนวนเงินเพิ่ม	ผู้บันทึก
๑๑.						
๑๒.						
๑๓.						
๑๔.						
๑๕.						
๑๖.						
๑๗.						
๑๘.						
๑๙.						
๒๐.						

รายการการชำระค่าธรรมเนียมรายปี

สถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ครั้งที่	ชำระค่าธรรมเนียมประจำปี พ.ศ.	วันชำระค่าธรรมเนียม	ใบเสร็จรับเงินเล่มที่ / เลขที่	จำนวนเงินค่าธรรมเนียม	จำนวนเงินเพิ่ม	ผู้บันทึก
๒๑.						
๒๒.						
๒๓.						
๒๔.						
๒๕.						
๒๖.						
๒๗.						
๒๘.						
๒๙.						
๓๐.						

รายการการชำระค่าธรรมเนียมรายปี

สถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ครั้งที่	ชำระค่าธรรมเนียม ประจำปี พ.ศ.	วันชำระ ค่าธรรมเนียม	ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่ / เลขที่	จำนวนเงิน ค่าธรรมเนียม	จำนวน เงินเพิ่ม	ผู้บันทึก
๓๑.						
๓๒.						
๓๓.						
๓๔.						
๓๕.						
๓๖.						
๓๗.						
๓๘.						
๓๙.						
๔๐.						

รายการการชำระค่าธรรมเนียมรายปี

สถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ครั้งที่	ชำระค่าธรรมเนียมประจำปี พ.ศ.	วันชำระค่าธรรมเนียม	ใบเสร็จรับเงินเล่มที่ / เลขที่	จำนวนเงินค่าธรรมเนียม	จำนวนเงินเพิ่ม	ผู้บันทึก
๔๑.						
๔๒.						
๔๓.						
๔๔.						
๔๕.						
๔๖.						
๔๗.						
๔๘.						
๔๙.						
๕๐.						

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายชื่อและรายการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
ที่ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

วัน เดือน ปี	ลำดับ	รายชื่อและเลขที่ใบอนุญาต	ที่อยู่ปัจจุบัน/โทรศัพท์	หมายเหตุ

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล
(การเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ,การแก้ไขเปลี่ยนแปลงในใบอนุญาต,การเพิ่มหรือลดบริการ,การโอนใบอนุญาต,การออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล)

วัน เดือน ปี	รายการที่แก้ไขเปลี่ยนแปลง	ผู้อนุญาต

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล
(การเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ,การแก้ไขเปลี่ยนแปลงในใบอนุญาต,การเพิ่มหรือลดบริการ,การโอนใบอนุญาต,การออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล)

วัน เดือน ปี	รายการที่แก้ไขเปลี่ยนแปลง	ผู้อนุญาต

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล
(การเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ,การแก้ไขเปลี่ยนแปลงในใบอนุญาต,การเพิ่มหรือลดบริการ,การโอนใบอนุญาต,การออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล)

วัน เดือน ปี	รายการที่แก้ไขเปลี่ยนแปลง	ผู้อนุญาต

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล
(การเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ,การแก้ไขเปลี่ยนแปลงในใบอนุญาต,การเพิ่มหรือลดบริการ,การโอนใบอนุญาต,การออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล)

วัน เดือน ปี	รายการที่แก้ไขเปลี่ยนแปลง	ผู้อนุญาต

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล
(การเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ,การแก้ไขเปลี่ยนแปลงในใบอนุญาต,การเพิ่มหรือลดบริการ,การโอนใบอนุญาต,การออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล)

วัน เดือน ปี	รายการที่แก้ไขเปลี่ยนแปลง	ผู้อนุญาต

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ
	<u>การดำเนินคดี</u>	

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ
	<u>การดำเนินคดี</u>	

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ
	<u>การดำเนินคดี</u>	

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ
	<u>การดำเนินคดี</u>	

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ
	<u>การดำเนินคดี</u>	

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ
	<u>การดำเนินคดี</u>	

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ
	การดำเนินคดี	

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ
	<u>การดำเนินคดี</u>	

บันทึกการตรวจสถานพยาบาลและการดำเนินการตามกฎหมาย

วัน เดือน ปี	รายการ (ความเห็น)	ผู้ตรวจ
	การดำเนินคดี	

แบบ ส.พ. ๑๐

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

คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง
ลักษณะของสถานพยาบาล .....
ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....
ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....
โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

☐ เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น.....

☐ เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต เป็น.....

☐ เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ตามที่ทางราชการกำหนด)

☐ การเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย
เป็น.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น.....
.....

☐ อื่นๆ .....
.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ๑.ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๑๑

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

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

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.....

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 ๑.ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

ต้นขั้ว
5.5 ซม.

1.5 ซม.

14 ซม.

ส.พ.12

เลขที่.....

หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เลขที่.....

สถานพยาบาลชื่อ.....จังหวัด.....

ชื่อสถานพยาบาล
.....

จังหวัด
.....

ค่าธรรมเนียมประจำปี
.....

ประจำปี

.....
ผู้อนุญาต

โปรดชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ..... ได้ตั้งแต่ 1 ตุลาคม - 30 ธันวาคม .....

ตัวเลข
ขนาด
4 ซม.

แบบ ส.พ. ๑๓

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

คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง
ลักษณะของสถานพยาบาล .....
ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....
ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
โดยมี ..... เป็นผู้ดำเนินการ

๒. มีความประสงค์ขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น ให้แก่

☐ ๒.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๒.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
☐ สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับโอน
☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์
☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน
☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
☐ ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน
☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิติบุคคล)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้โอน

(.....)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับโอน

(.....)

ข้าพเจ้าผู้รับโอนขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับโอน

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๑๔

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

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
กรณีผู้รับอนุญาตตาย

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

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

สถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล.....

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

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

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

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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาใบมรณะบัตรของผู้รับอนุญาต ☐ ใบรับรองแพทย์

☐ ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล ☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ๑.ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๑๕

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

☐ **คำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล**

☐ **คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล**

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล .....

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

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

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

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

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

๒. มีความประสงค์ขอใบแทน ☐ ใบอนุญาต เนื่องจาก ☐ ถูกทำลายในสาระสำคัญ ☐ สูญหาย

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล เนื่องจาก ☐ ถูกทำลายในสาระสำคัญ ☐ สูญหาย

ที่.....

เมื่อวันที่.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (กรณีถูกทำลาย)

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีถูกทำลาย)

☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๑๖

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

คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล .....

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

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

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

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

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

๒. มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ ดังต่อไปนี้

☐ การลดหรือเพิ่มแผนกบริการ

☐ การลดหรือเพิ่มจำนวนเตียงรับบริการในแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยหนัก

☐ การลดหรือเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดหรือห้องคลอด

☐ การเปลี่ยนลักษณะของสถานพยาบาลจากที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

☐ การเปลี่ยนลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายสถานที่หรือแผนกบริการภายในอาคารจากผังเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

☐ การเพิ่มหรือลดอุปกรณ์

☐ การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร

☐ การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง

☐ การดัดแปลงอาคารที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการบริการผู้ป่วยในระหว่างการดำเนินการดัดแปลงนั้น

☐ การดัดแปลงอาคารที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง

☐ อื่น ๆ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว

☐ หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์

☐ หนังสือรับรองการจดทะเบียน (กรณีเป็นนิติบุคคล)

☐ แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง

☐ แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างแสดงลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ (กรณีเพิ่มบริการหรือเพิ่มจำนวนเตียง)

☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ (ถ้ามีการให้บริการเฉพาะสาขา)

☐ อื่น ๆ.....

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และเป็นการเพิ่มบริการหรือก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ หรือดัดแปลงอาคาร จะต้องมี

- หลักฐานการอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ใบอนุญาตใช้อาคาร (เฉพาะกรณีก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่หรือดัดแปลงอาคาร)
- หนังสือรับรองการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม (เฉพาะกรณีก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่หรือดัดแปลงอาคาร)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๑๗

เลขรับที่	.....
วันที่	.....
ลงชื่อ	..... ผู้รับ

หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล .....

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

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

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

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

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

๒. มีความประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล เนื่องจาก .....

.....

ทั้งนี้ตั้งแต่ ..... เป็นต้นไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องจัดทำรายงานการดำเนินการ ดังต่อไปนี้แนบมาด้วย คือ

☐ รายงานยอดผู้ป่วยที่คงค้างอยู่ในสถานพยาบาลและแผนการดำเนินการต่อผู้ป่วยที่ยังคงค้างอยู่หลังจากเลิกกิจการสถานพยาบาล

☐ รายงานการประกาศแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลทางหนังสือพิมพ์และหรือสื่ออื่น ๆ ที่แพร่หลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมาขอรับเวชระเบียน ฟิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ

☐ รายงานการจำหน่ายเวชระเบียน ฟิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ ที่ยังไม่มีผู้มาขอรับ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

รับทราบ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ