



แบบตรวจสอบคำขอและบันทึกข้อบกพร่อง

## คำขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและ คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลฯ

ชื่อสถานพยาบาล ..... อำเภอ .....

**ยื่นที่** ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม อาคาร 1 ชั้น 2  
**ขั้นตอนที่ 1** ผู้ยื่นคำขอต้องจัดเรียงเอกสารตามรายการเอกสารหลักฐานข้างล่างนี้และตรวจสอบด้วยตนเอง  
**ทำเครื่องหมาย** ✓ กรณีครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือ ✕ กรณีไม่ครบถ้วน หรือ ▪ กรณีไม่จำเป็นต้องมี  
 หากเอกสารเป็นสำเนาให้เซ็นชื่อรับรองเอกสารด้วย

บันทึกการตรวจสอบ		
ผู้ยื่นคำขอ	เจ้าหน้าที่ OSSC	พนักงานเจ้าหน้าที่

**① รายการเอกสารหลักฐานของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล** (จะเป็นคนเดียวกับผู้ดำเนินการสถานพยาบาลหรือไม่ก็ได้)

1.	แบบ ส.พ.1 คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และระบุ e-mail/ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ			
2.	แบบ ส.พ.2 แผนการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน 1 ฉบับ			
3.	แบบ ส.พ.5 คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและระบุ e-mail (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ			
4.	สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต หรือสำเนาหนังสือเดินทาง กรณีเป็นชาวต่างชาติจำนวน 1 ฉบับ			
5.	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต จำนวน 1 ฉบับ			
6.	ใบรับรองแพทย์ผู้ขออนุญาต (อายุไม่เกิน 1 เดือนหรือยังไม่หมดอายุ) จำนวน 1 ฉบับ			
7.	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล อายุไม่เกิน 6 เดือน (กรณีที่ยื่นคำขออนุญาตเป็นนิติบุคคล) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน กรรมการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันและประทับตราสำคัญของนิติบุคคลตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในหนังสือรับรองฯ จำนวน 1 ฉบับ			
8.	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างบริเวณใกล้เคียง จำนวน 1 ฉบับ (ต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียงโดยให้เป็นจุดสังเกตที่สำคัญ เช่น หน่วยราชการ วัด โรงเรียน)			
9.	เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล			
	9.1 แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล (อาคารที่มีที่ดินเฉพาะอาคารไม่ต้องยื่นข้อนี้)			
	9.2 แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง			
	9.3 แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร มีพื้นที่ให้บริการ โดยรวมไม่ต่ำกว่า 20 ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 3 เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อกันได้ โดยระบุความกว้างและความยาวและขนาดพื้นที่ในแผนผัง			
	9.4 ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร			
	9.5 ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร โดยระบุความกว้างของประตูในแผนผัง เช่น ทางเข้า-ออก ทางเดิน			
	9.6 เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร			
	9.7 ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย (ถ้ามี)			
10.	สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล จำนวน 1 ฉบับ ดังนี้			
	10.1 สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล			
	10.2 สำเนาสัญญาเช่า หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่			
	10.3 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ให้เช่าหรือผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่			
	10.4 กรณีผู้ให้เช่าหรือผู้ให้ความยินยอมไม่มีชื่อเป็นเจ้าของบ้านในทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล ให้แนบสำเนาโฉนดที่ดินที่ตั้งสถานพยาบาล/สำเนาใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร/สำเนาสัญญาซื้อขาย			

11.	สำเนาหนังสือตอบรับของ (บริษัท/เทศบาล/โรงพยาบาล) ในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ หรือสำเนาสัญญารับกำจัดขยะติดเชื้อ จำนวน 1 ฉบับ			
12.	แผนระบบควบคุมการทำมาสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ในคลินิก (บันทึกชี้แจงการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล) จำนวน 1 ฉบับ			
13.	สำเนาหนังสือประสานงานโรงพยาบาลที่จะส่งต่อ จำนวน 1 ฉบับ (ผู้ขออนุญาตฯ ทำหนังสือเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ เรื่อง ขอประสานงานส่งต่อผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาประมาณว่า ขอประสานงานส่งต่อผู้ป่วยในกรณีเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลที่จะให้บริการได้ ทั้งนี้ ทำหนังสือ จำนวน 2 ฉบับ สำหรับโรงพยาบาล จำนวน 1 ฉบับ และเจ้าของสถานพยาบาล จำนวน 1 ฉบับ ลงเลขรับที่และวันที่ที่งานบริหารของโรงพยาบาล ทั้ง 2 ฉบับ แล้วนำฉบับเจ้าของสถานพยาบาลที่มีเลขรับที่และวันที่ ถ่ายเอกสารมายื่นประกอบการขออนุญาต <b>ยกเว้น</b> คลินิกไต่เทียม ต้องมีหนังสือตอบรับจากโรงพยาบาลเท่านั้น)			
14.	เครื่องเอกซเรย์ ต้องมีสำเนาหนังสือขอรับการตรวจสอบมาตรฐานหรืออนุญาตให้ใช้จาก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือหน่วยที่อนุญาต และต้องมีใบอนุญาตการครอบครองรังสีจาก หน่วยงานที่รับผิดชอบ จำนวน 1 ฉบับ			
15.	เครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องมือแพทย์ ต้องมีเอกสารที่ได้รับรองจาก อย. (ถ้ามี)			
16.	หนังสือยินยอมให้ใช้ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ที่ได้รับใบอนุญาตก่อน หากชื่อสถานพยาบาลในจังหวัด เดียวกันมีชื่อซ้ำกัน จำนวน 1 ฉบับ(ตรวจสอบชื่อได้ที่เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม)			
17.	กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ 30 บาท สำหรับกระทำการมากกว่าครั้งเดียว พร้อม แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ระบุสิ่งที่มอบให้กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร การรับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)			
18.	รูปถ่ายแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการดังต่อไปนี้ (ใช้ภาพสี ขนาดไม่น้อยกว่า 3 นิ้ว x 5 นิ้ว (3R) เป็นภาพถ่าย (ภาพสี) ติดบนกระดาษขาวและลงลายมือชื่อ หรือจัดภาพถ่ายบนกระดาษขาวแล้วพิมพ์สี พร้อมลงลายมือชื่อ)			
<b>ชุดที่ 1 ด้านหน้าสถานพยาบาล</b> รายละเอียดภาพดังนี้				
18.1	บริเวณด้านหน้าของอาคารภายนอกสถานพยาบาล มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร โดยระดับด้านล่างของภาพถ่าย (หน้าคลินิก)			
18.2	บริเวณด้านข้างของอาคารภายนอกสถานพยาบาล (ซ้ายและขวา)			
18.3	ป้ายชื่อสถานพยาบาล อาจไม่ใช่ป้ายตามข้อ 18.7 ก็ได้ แต่ต้องเป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี)			
18.4	วัน เวลาเปิดทำการ และป้ายห้ามสูบบุหรี่			
18.5	พื้นที่ลาดเอียงสำหรับรถเข็นผู้ป่วย กรณีทางเข้าคลินิกมีความสูงไม่สะดวกแก่คนพิการหรือผู้สูงอายุที่ใช้รถเข็น			
<b>ชุดที่ 2 ด้านในสถานพยาบาลและบริเวณเคาเตอร์</b> รายละเอียดภาพดังนี้				
18.6	ที่พักคอยตรวจที่เหมาะสมอย่างน้อย 5 ที่นั่งและที่นั่งต้องมีพนักพิง			
18.7	ป้ายชื่อสถานพยาบาลที่ขออนุญาตถูกต้องตามกฎหมายกระทรวงฯ อย่างน้อย 1 ป้าย ขนาดไม่น้อยกว่า 40 X 120 เซนติเมตร (ให้จัดส่งในภายหลังเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว)			
18.8	ป้ายแสดงอัตราค่าบริการหรือสมุดหรือแฟ้มหรือคอมพิวเตอร์			
18.9	ป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่า สามารถสอบถามอัตราค่าบริการได้จากที่ใด ตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 10 เซนติเมตร			
18.10	แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ตัวอักษรภาษาไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 1 เซนติเมตร			
18.11	ตู้เก็บยา, ถาดนับเม็ดยา 2 ถาด พร้อมป้ายแยกประเภทยา (ยาปฏิชีวนะ, ยาทั่วไป)			
18.12	ซองยา หรือฉลากติดซองยา ให้ระบุ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน			
18.13	ป้ายแสดงที่เก็บเวชระเบียน มั่นคง ปลอดภัยและค้นหาได้ง่าย			
18.14	บริเวณที่วางเครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง			

	18.15 รูปถ่ายเวชระเบียน โดยมีข้อความรายละเอียดตามที่กฎกระทรวงกำหนด (รายละเอียดตามที่กฎกระทรวงกำหนด: ชื่อสถานพยาบาล, สถานที่ติดต่อ, เบอร์โทรศัพท์, เลขบัตร-ประจำตัวประชาชนผู้ป่วย, วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ, ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ, อาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ-ขั้นสูงของผู้ป่วย, การตรวจวินิจฉัยโรค, การรักษา, ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การรักษสถานพยาบาล)			
	18.16 ถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า 10 ปอนด์พร้อมติดตั้งสูงจากพื้น ไม่เกิน 1.50 ซม.			
	<b>ชุดที่ 3 ด้านในสถานพยาบาลบริเวณห้องตรวจ</b> รายละเอียดภาพดังนี้			
	18.17 มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 ซม. โดยระบุด้านล่างของภาพถ่าย			
	18.18 อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ในการตรวจโรค			
	18.19 โต๊ะซักประวัติ, เติงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์			
	18.20 อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือ เปิด-ปิด, สบู่และผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง			
	18.21 ป้ายเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน สายด่วนโรงพยาบาล			
	18.22 อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่ ambu bag, ยา, เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์			
	18.23 <b>**คลินิกพยาบาล</b> ห้องตรวจต้องมีเตียงตรวจโรคทั่วไป เติงตรวจครรภ์ อุปกรณ์ชุดทำ-คลอดชุดตรวจครรภ์ ชุดทำคลอด ชุดตรวจหลังคลอดและเครื่องฟังเสียงหัวใจเด็ก			
	<b>ชุดที่ 4 ด้านในสถานพยาบาลบริเวณห้องขยะ</b> รายละเอียดภาพดังนี้			
	18.24 ถังขยะแบบเหยียบ เปิด-ปิด จัดแยกขยะประเภททั่วไปพร้อมปิดป้ายแสดง วางคู่กับ ถังขยะติดเชื้อและถุงใส่ขยะสีแดง พร้อมปิดป้ายแสดง			
	<b>ชุดที่ 5 ด้านในสถานพยาบาลบริเวณห้องน้ำ</b> รายละเอียดภาพดังนี้			
	18.25 อ่างล้างมือ			
	18.26 ห้องส้วม			
19.	แบบทดสอบความรู้ก่อนเปิดสถานพยาบาล (คลินิก) เกี่ยวกับ พ.ร.บ.สถานพยาบาล จำนวน 1 ฉบับ			
<b>② รายการเอกสารหลักฐานของผู้ขอดำเนินการสถาพยาบาล</b>				
(จะเป็นคนเดียวกับผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือไม่ก็ได้ หากเป็นคนเดียวกับ ① ใช้เอกสาร จำนวน 1 ฉบับเท่านั้น)				
1.	แบบ ส.พ.18 คำขอรับใบอนุญาตดำเนินการสถาพยาบาล และระบุ e-mail (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ			
2.	สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ			
3.	สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ			
4.	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะ จำนวน 1 ฉบับ			
5.	สำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ			
6.	ใบรับรองแพทย์ (อายุไม่เกิน 1 เดือน หรือยังไม่หมดอายุ) จำนวน 1 ฉบับ			
7.	รูปถ่าย ขนาด 8 x 13 เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป			
8.	รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป			
<b>③ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ประกอบวิชาชีพ (ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล) (จะเป็นคนเดียวกับผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือผู้ดำเนินการหรือไม่ก็ได้ หากเป็นคนเดียวกับ ① และ/หรือ ② ใช้เอกสาร จำนวน 1 ฉบับเท่านั้น)</b>				
1.	แบบ ส.พ.6 หนังสือแสดงความจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ และระบุ e-mail/ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 1 ฉบับ/คน			
2.	สำเนาบัตรประชาชนของผู้ประกอบวิชาชีพ จำนวน 1 ฉบับ/คน			
3.	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ประกอบวิชาชีพ จำนวน 1 ฉบับ/คน			
4.	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบวิชาชีพ จำนวน 1 ฉบับ/คน			
5.	สำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ/คน			
6.	ใบรับรองแพทย์ (อายุไม่เกิน 1 เดือน หรือยังไม่หมดอายุ) จำนวน 1 ฉบับ/คน			
7.	รูปถ่ายผู้ประกอบวิชาชีพ ขนาด 8 x 13 เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป/คน			







## แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

- คลินิกเวชกรรม  
 คลินิกทันตกรรม  
 คลินิกเฉพาะทาง     ด้านเวชกรรม     ด้านทันตกรรม     ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์  
 คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์  
 คลินิกกายภาพบำบัด  
 คลินิกเทคนิคการแพทย์  
 คลินิกการแพทย์แผนไทย     การแพทย์แผนไทย     การแพทย์แผนไทยประยุกต์  
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ     กิจกรรมบำบัด     การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย  
 เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก     รังสีเทคนิค     จิตวิทยาคลินิก     กายอุปกรณ์  
 การแพทย์แผนจีน     อื่นๆ.....  
 สหคลินิก ประกอบด้วย.....

๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม .....

๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

- เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ     เป็นอาคารอยู่อาศัย     เป็นห้องแถว     เป็นตึกแถว  
 เป็นบ้านแถว     เป็นบ้านแฝด     เป็นอาคารพาณิชย์     ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า  
 อื่นๆ ..... 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  
(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่ .....

วันที่ .....

ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

## คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อ .....เลขประจำตัว 

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

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี ๑.๒ นิตยบุคคล.....โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

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

และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

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

เป็นนิตยบุคคลประเภท ..... 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 ลักษณะของสถานพยาบาลเป็น คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกเฉพาะทาง  ด้านเวชกรรม  ด้านทันตกรรม  ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกการแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ  กิจกรรมบำบัด  การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก  รังสีเทคนิค  จิตวิทยาคลินิก  กายอุปกรณ์ การแพทย์แผนจีน  อื่นๆ ..... สหคลินิก ประกอบด้วย.....

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

 ห้องเอกซเรย์  ห้องไตเทียม  ห้องผ่าตัด  ห้องฝังเข็ม อื่นๆ .....



๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

- โรงพยาบาลทั่วไป  ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
 โรงพยาบาลเฉพาะทาง .....  ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
 โรงพยาบาลทันตกรรม  ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
 โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์  ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
 โรงพยาบาลกายภาพบำบัด  ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
 โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย  ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
 โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย  ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> อายุรกรรม                               | <input type="checkbox"/> ศัลยกรรม                  | <input type="checkbox"/> สูตินรีเวชกรรม     | <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม    |
| <input type="checkbox"/> แผนกเทคนิคการแพทย์                      | <input type="checkbox"/> แผนกออร์โธปิดิกส์         | <input type="checkbox"/> แผนกโรคผิวหนัง     | <input type="checkbox"/> แผนกการผสมเทียม |
| <input type="checkbox"/> แผนกกายภาพบำบัด                         | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทย        | <input type="checkbox"/> แผนกโภชนาการ       | <input type="checkbox"/> แผนกซักฟอก      |
| <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยหนัก                           | <input type="checkbox"/> ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก  | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัดเล็ก     | <input type="checkbox"/> ห้องให้การรักษา |
| <input type="checkbox"/> ห้องทารกหลังคลอด                        | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ    | <input type="checkbox"/> ห้องไตเทียม        | <input type="checkbox"/> ห้องทันตกรรม    |
| <input type="checkbox"/> รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์            | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปิดหัวใจ        | <input type="checkbox"/> การสวนหัวใจ        | <input type="checkbox"/> รังสีบำบัด      |
| <input type="checkbox"/> การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า | <input type="checkbox"/> การสลายนิ้วด้วยเครื่องมือ | <input type="checkbox"/> ห้องเก็บศพ         |  |
| <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์              | <input type="checkbox"/> แผนกการนวด                | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนจีน |  |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....                             |  |   |  |

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

ณ สถานพยาบาลชื่อ .....

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

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

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

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว  | <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส.พ. ๖ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต  | พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน                           |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล   | และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพ                                |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  | <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล             |
| <input type="checkbox"/> สำเนาโฉมบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)  | <input type="checkbox"/> หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล          |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) |  |
| <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง   |  |
| <input type="checkbox"/> 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
- อื่นๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

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

- หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ
๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

## หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

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

ข้าพเจ้า ..... เลขประจำตัว 

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

อายุ ..... ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....  
 เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่ .....  
 ได้รับ  หนังสืออนุมัติ  วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ .....  
 ออกให้วันที่..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก .....  
 ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
 จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....  
 โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ปัจจุบันข้าพเจ้า

- ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด
- รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) .....

- ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน
- เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ  
 ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล .....  
 โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้ .....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว  สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ  สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ
- รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป
- อื่นๆ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง  
 ( ..... )

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

- คำขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

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

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

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

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ .....

ออกให้ ณ วันที่.....  วุฒิบัตร  หนังสืออนุมัติ  หนังสือรับรอง สาขา.....

ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เพียง  
วัน/เวลาทำการ.....

เพื่อ  ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่

ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมเนื่องจาก  ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์

จะเปลี่ยน  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) .....

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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาวุฒิบัตร 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 ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

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

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

# แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

หมายเหตุ (๑) แสดงจุดสังเกตที่สำคัญ เช่น สถานที่ราชการ วัด โรงเรียน เป็นต้น และระยะทางจากจุดสำคัญ  
(๒) วาดด้วยปากกาที่น้ำหมึกทึบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ไม่รับเอกสารปะติด)

# แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....  
ที่ตั้ง.....

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

- หมายเหตุ (๑) แผนผังต้องระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย (ถ้ามี)  
(๒) กรณีอาคารที่ขออนุญาตไม่มีพื้นที่บริเวณโดยรอบไม่ต้องส่งแบบผังหลักนี้ เช่น อาคารพาณิชย์ ตึกแถว เป็นต้น  
(๓) แผนผังวาดด้วยปากกาที่น้ำหมึกทึบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ไม่รับเอกสารปะติด)

## แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลด้านหน้า

ชื่อสถานพยาบาล.....  
ที่ตั้ง.....

อาคาร .....ความกว้าง.....เมตร ความสูง.....เมตร ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

หมายเหตุ แบบแสดงภาพอาคารวาดด้วยปากกาที่น้ำหมึกทึบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ไม่รับเอกสารปะติด)



## แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลด้านข้าง

ชื่อสถานพยาบาล.....  
ที่ตั้ง.....

อาคาร .....ความกว้าง.....เมตร ความสูง.....เมตร ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

หมายเหตุ แบบแสดงภาพอาคารวาดด้วยปากกาที่น้ำหมึกทึบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ไม่รับเอกสารปะติด)

## แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอย

ชื่อสถานพยาบาล.....  
ที่ตั้ง.....  
อาคาร.....ชั้น..... ขนาดพื้นที่..... ตารางเมตร

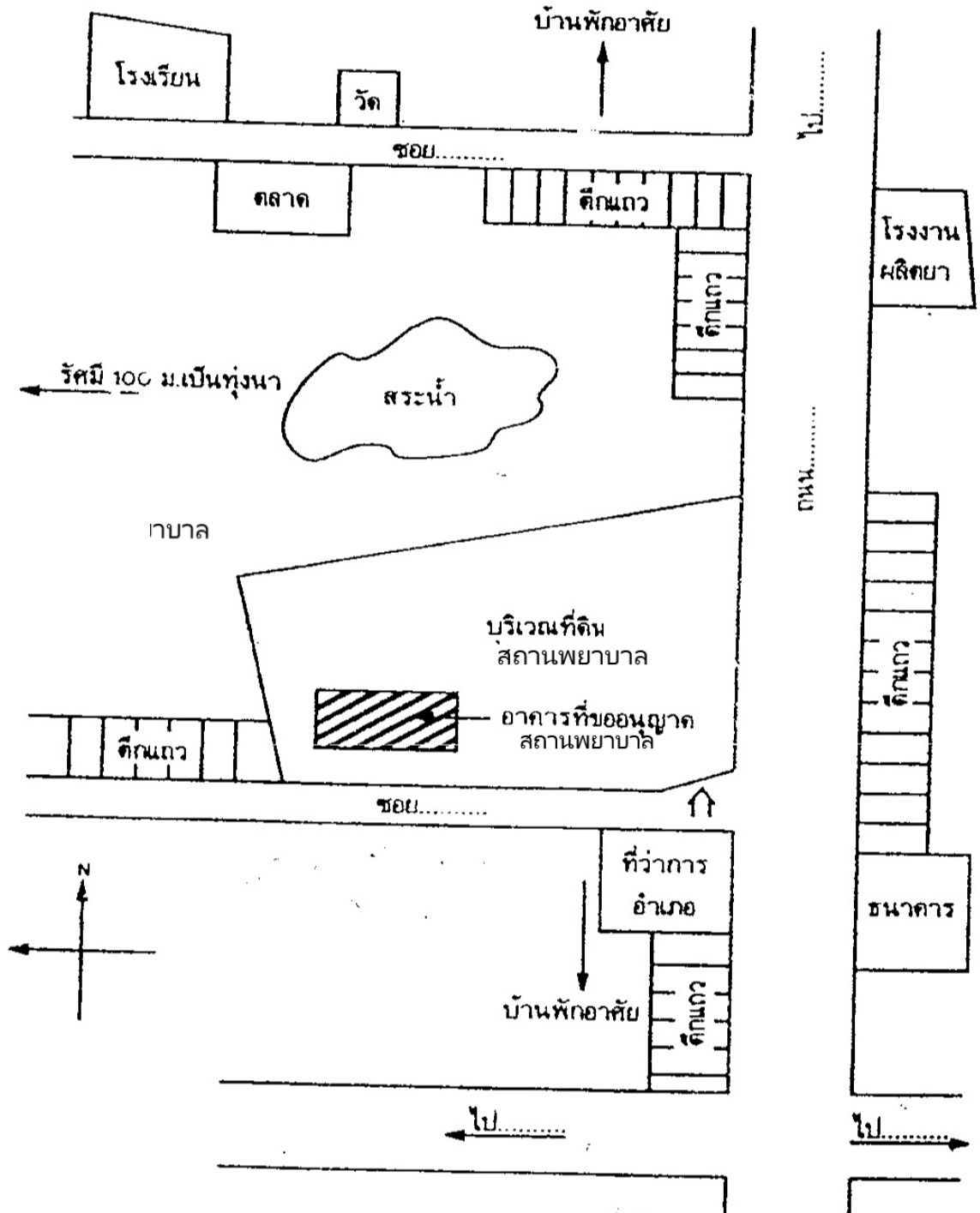
ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

- หมายเหตุ (๑) แผนผังต้องแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร  
(๒) แผนผังต้องแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร  
(๓) แผนผังต้องแสดงการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร  
(๔) แผนผังต้องเส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร  
(๕) แผนผังต้องระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย (ถ้ามี)  
(๖) แบบแสดงวาดด้วยปากกาที่น้ำหมึกทึบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ไม่รับเอกสารปะติด)

**ตัวอย่าง** แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....



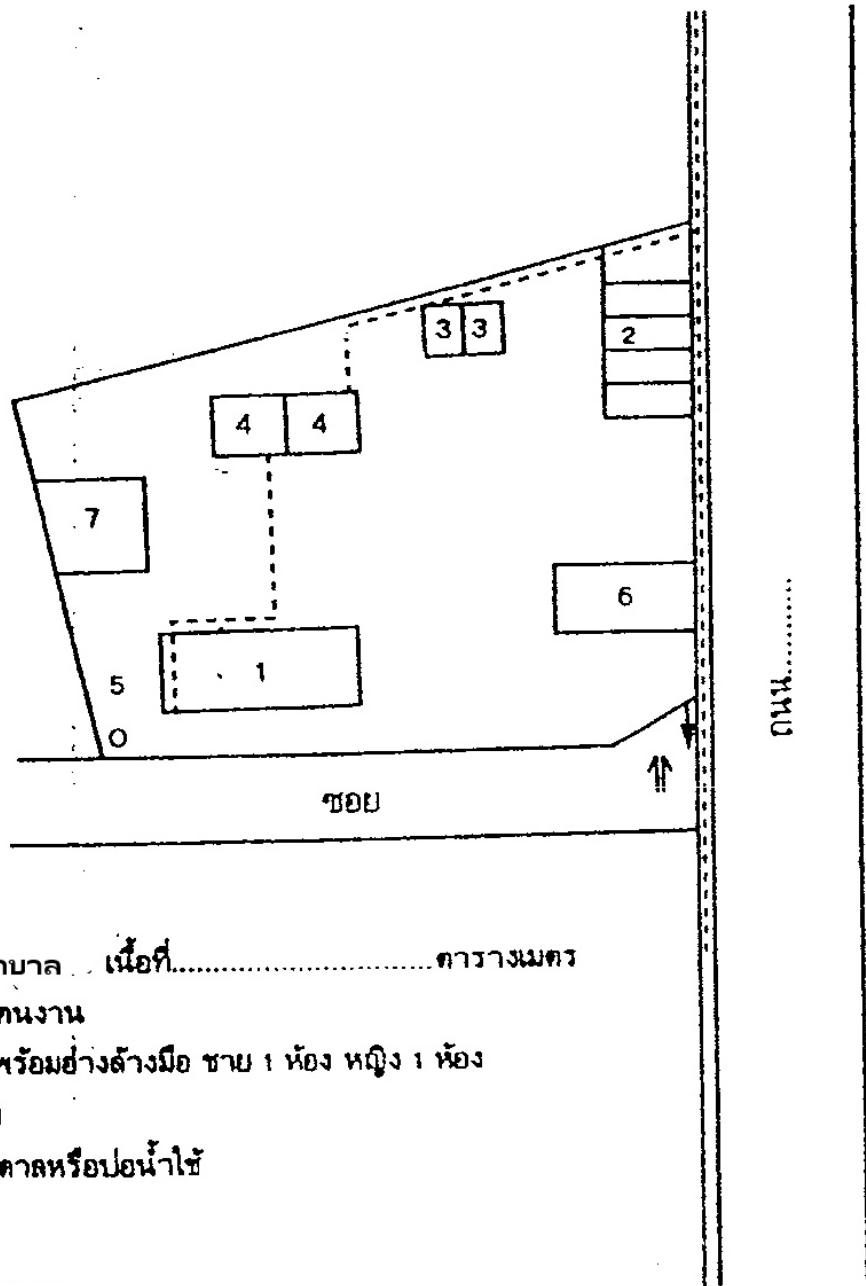
ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

หมายเหตุ (๑) แสดงจุดสังเกตที่สำคัญ เช่น สถานที่ราชการ วัด โรงเรียน เป็นต้น และระยะทางจากจุดสำคัญ

(๒) วาดด้วยปากกาที่น้ำหมึกทนน้ำหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ไม่รับเอกสารปะติด)

**ตัวอย่าง** แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....  
ที่ตั้ง.....



1. อาคาร สถานพยาบาล เนื้อที่..... ตารางเมตร
2. บ้านพักอาศัยของพนักงาน
3. ห้องน้ำ ห้องส้วม พร้อมอ่างล้างมือ ชาย 1 ห้อง หญิง 1 ห้อง
4. ระบบกำจัดน้ำเสีย
5. ตำแหน่งบ่อน้ำบาดาลหรือบ่อน้ำใช้
6. บ้านพักอาศัย
7. โกดัง

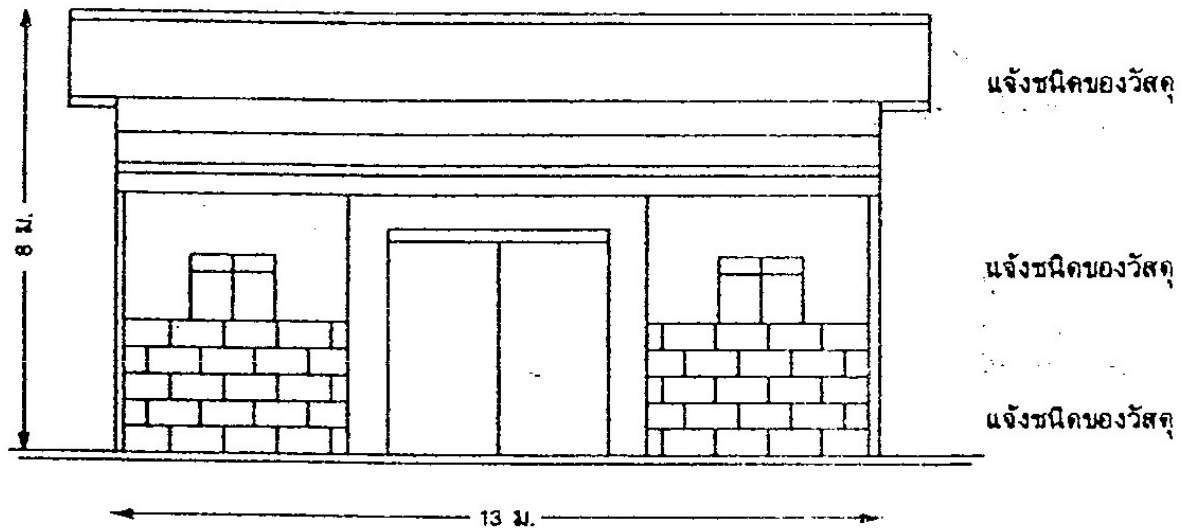
----- ทางระบายน้ำภายใน  
 ===== ทางระบายน้ำสาธารณะ

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

- หมายเหตุ (๑) แผนผังต้องระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย (ถ้ามี)  
 (๒) กรณีอาคารที่ขออนุญาตไม่มีพื้นที่บริเวณโดยรอบไม่ต้องส่งแบบผังหลักนี้ เช่น อาคารพาณิชย์ ตึกแถว เป็นต้น  
 (๓) แผนผังวาดด้วยปากกาที่น้ำหมึกทึบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ไม่รับเอกสารปะติด)

**ตัวอย่าง** แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลด้านหน้า

ชื่อสถานพยาบาล.....  
ที่ตั้ง.....

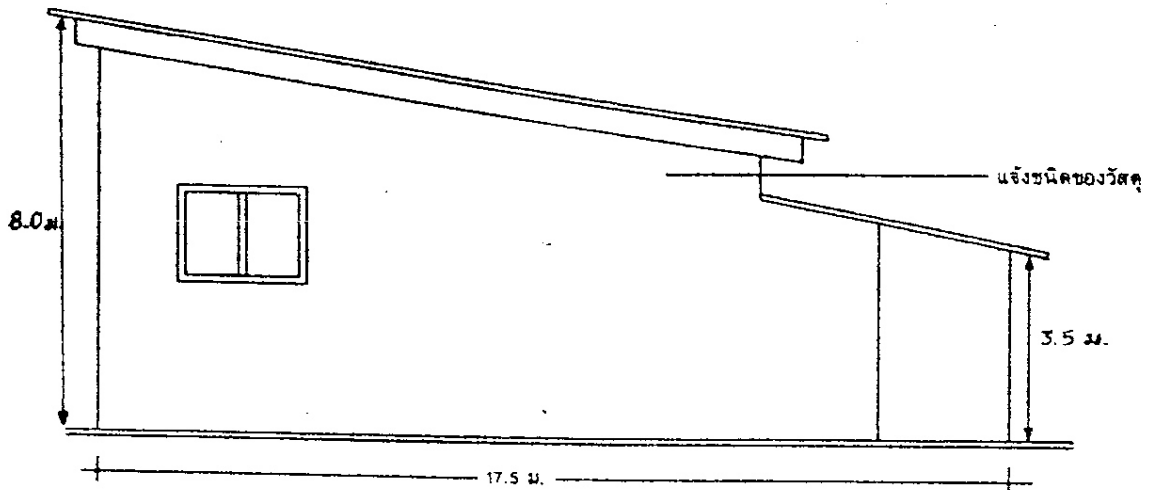


อาคาร .....ความกว้าง.....เมตร ความสูง.....เมตร ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

หมายเหตุ แบบแสดงภาพอาคารวาดด้วยปากกาที่น้ำหมึกทึบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ไม่รับเอกสารปะติด)

**ตัวอย่าง** แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลด้านข้าง

ชื่อสถานพยาบาล.....  
ที่ตั้ง.....



อาคาร .....ความกว้าง.....เมตร ความสูง.....เมตร ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต  
หมายเหตุ แบบแสดงภาพอาคารวาดด้วยปากกาที่น้ำหมึกทึบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ไม่รับเอกสารปะติด)

เกณฑ์การตั้งชื่อสถานพยาบาลตามกฎหมายกระทรวงเรื่อง กำหนดชื่อสถานพยาบาลและการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ  
ชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพ ในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการและสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. ๒๕๕๘

**\*\*ส่วนที่ 1 หลักการตั้งชื่อสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ไว้ค้ำคิน กรณีขออนุญาตเปิดประเภทคลินิกทั่วไป**

ให้ใส่ประเภทคลินิกที่ต้องการขออนุญาตเปิดหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิกที่ต้องการขออนุญาตเปิด เช่น

1. ต้องการขออนุญาตเปิดคลินิก ประเภทคลินิกเวชกรรม ให้ใส่ชื่อคลินิกที่ต้องการแล้วตามด้วยคำว่า “คลินิกเวชกรรม” หรือใส่คำว่า “คลินิกเวชกรรม” แล้วตามด้วย ชื่อคลินิกที่ต้องการขออนุญาตเปิด

ตัวอย่าง แพทย์สมใจ คลินิกเวชกรรม หรือ คลินิกเวชกรรมแพทย์สมใจ

2. ต้องการขออนุญาตเปิดคลินิก ประเภทคลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ ให้ใส่ชื่อคลินิกที่ต้องการแล้วตามด้วยคำว่า “คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์” หรือ ใส่คำว่า “คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์” แล้วตามด้วยชื่อคลินิกที่ต้องการ

ตัวอย่าง สมใจคลินิก คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์หรือ คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ สมใจคลินิก

**กรณีขออนุญาตเปิดคลินิกเฉพาะทาง (เวชกรรมและทันตกรรม)**

1. คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม ให้ใส่ชื่อที่ต้องการเปิด ตามด้วยคำว่า “คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม” ตามด้วยชื่อสาขาตามใบวุฒิบัตรที่ต้องการเปิด หรือ ระบุคำว่า “คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม” ตามด้วยชื่อที่ต้องการตามด้วยชื่อสาขาตามใบวุฒิบัตรที่ต้องการเปิด

ตัวอย่าง - แพทย์สมใจ คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม สาขา กุมารเวชศาสตร์ หรือ

- แพทย์สมใจ คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม กุมารเวชศาสตร์ หรือ

- คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมแพทย์สมใจ สาขา กุมารเวชศาสตร์ หรือ

- คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมแพทย์สมใจ กุมารเวชศาสตร์

2. คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม ให้ใส่ชื่อที่ต้องการเปิด ตามด้วยคำว่า “คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม” ตามด้วย ชื่อสาขาตามใบวุฒิบัตรที่ต้องการเปิด หรือ ระบุคำว่า “คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม” ตามด้วยชื่อที่ต้องการตามด้วยชื่อสาขาตามใบวุฒิบัตรที่ต้องการเปิด

ตัวอย่าง - สมใจ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม สาขา ทันตกรรมจัดฟัน หรือ

- สมใจ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟัน หรือ

- คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรมสมใจ สาขา ทันตกรรมจัดฟัน หรือ

- คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรมสมใจ ทันตกรรมจัดฟัน

**\*\*ส่วนที่ 2 สีตัวอักษรภายในแผ่นป้ายสถานที่พยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ไว้ค้ำคินให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีขาวและตัวอักษรในแผ่นป้ายแสดงชื่อให้ใสสี ดังต่อไปนี้**

1. คลินิกเวชกรรม ให้ใช้ตัวอักษร สีเขียว

2. คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม ให้ใช้ตัวอักษร สีเขียว

3. คลินิกทันตกรรม ให้ใช้ตัวอักษร สีม่วง

4. คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม ให้ใช้ตัวอักษร สีม่วง

5. คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ ให้ใช้ตัวอักษร สีฟ้า

6. คลินิกกายภาพบำบัด ให้ใช้ตัวอักษร สีชมพู

7. คลินิกเทคนิคการแพทย์ ให้ใช้ตัวอักษร สีเลือดหมู

8. คลินิกแพทย์แผนไทย ให้ใช้ตัวอักษร สีน้ำเงิน

9. คลินิกการประกอบโรคศิลปะ ให้ใช้ตัวอักษร สีน้ำตาล

10. สหคลินิก ให้ใช้ตัวอักษร สีเขียวแก่

**\*\*ส่วนที่ 3 ขนาดแผ่นป้าย**

1. ลักษณะสี่เหลี่ยมผืนผ้า สีพื้นป้ายเป็นสีขาว ขนาดกว้างไม่น้อยกว่า 40 ซม. และขนาดยาว ไม่น้อยกว่า 120 ซม.

2. ขนาดตัวอักษรชื่อสถานพยาบาลภายในป้ายมีขนาดไม่น้อยกว่า 10 เซนติเมตร

3. เลขที่ใบอนุญาต และ จำนวนเตียง(กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)ภายในป้าย มีขนาดไม่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร

**\*\*ส่วนที่ 4 ตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลในเขตจังหวัดนครปฐม เพื่อให้ชื่อสถานพยาบาลในจังหวัดนครปฐมซ้ำกัน**

เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม/nptho.moph.go.th ⇨ บริการประชาชน

⇨ การขออนุญาต (ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ) ⇨ สถานพยาบาล

# รายการภาพถ่ายสถานพยาบาล (สถานที่จริง) ตามแบบตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล (คลินิก)

## ชุดที่ ๑ ด้านหน้าสถานพยาบาล รายละเอียดภาพดังนี้

๑. บริเวณหน้าคลินิก มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร โดยระบุตำแหน่งของภาพถ่าย
๒. ป้ายชื่อสถานพยาบาล
๓. เวลาเปิดทำการและป้ายห้ามสูบบุหรี่
๔. พื้นี่ลาดเอียงสำหรับรถเข็นผู้ป่วย กรณีทางเข้าคลินิกมีความสูงไม่สะดวกแก่คนพิการ หรือผู้สูงอายุที่ใช้รถเข็น

## ชุดที่ ๒ ด้านในสถานพยาบาลและบริเวณเคาเตอร์ รายละเอียดภาพดังนี้

๑. ที่พักคอยตรวจที่เหมาะสมอย่างน้อย ๕ ที่นั่งและที่นั่งต้องมีพนักพิง
๒. ป้ายชื่อสถานพยาบาลที่ขออนุญาตถูกต้องตามกฎหมายกระทรวงฯ อย่างน้อย ๑ ป้าย ขนาดไม่น้อยกว่า ๔๐ X ๑๒๐ เซนติเมตร
๓. ป้ายแสดงอัตราค่าบริการ
๔. ป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่า สามารถสอบถามอัตราค่าบริการได้จากที่ใด ตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร
๕. แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ตัวอักษรภาษาไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑ เซนติเมตร
๖. ตู้เก็บยา, ถาดนับเม็ดยา ๒ ถาด พร้อมป้ายแยกประเภทยา (ยาปฏิชีวนะ, ยาทั่วไป)
๗. ซองยา หรือฉลากติดซองยา ให้ระบุ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน
๘. ป้ายแสดงที่เก็บเวชระเบียน มั่นคง ปลอดภัยและค้นหาได้ง่าย
๙. รูปถ่ายเวชระเบียน โดยมีข้อความรายละเอียดตามที่กฎหมายกำหนด  
(รายละเอียดตามที่กฎหมายกำหนด: ชื่อสถานพยาบาล, สถานที่ติดต่อ, เบอร์โทรศัพท์, เลขบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ป่วย, วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ, ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ, อาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสูงของผู้ป่วย, การตรวจวินิจฉัยโรค, การรักษา, ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การรักษายาพยาบาล,)
๑๐. บริเวณที่วางเครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง
๑๑. ถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์พร้อมติดตั้งสูงจากพื้น ไม่เกิน ๑.๕๐ เซนติเมตร

## ชุดที่ ๓ ด้านในสถานพยาบาลบริเวณห้องตรวจ รายละเอียดภาพดังนี้

๑. มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร โดยระบุตำแหน่งของภาพถ่าย
๒. อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ในการตรวจโรค
๓. โต๊ะซักประวัติ, โต๊ะตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์.
๔. อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือ เปิด-ปิด, สบู่และผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง
๕. ป้ายเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน สายด่วนโรงพยาบาล
๖. อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่ ambu bag, ยา, เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์

**\*\*คลินิกพยาบาล** ขอภาพถ่ายห้องตรวจต้องมีเตียงตรวจโรคทั่วไป เตียงตรวจครรภ์ อุปกรณ์ชุดทำคลอดชุดตรวจครรภ์

ชุดทำคลอด ชุดตรวจหลังคลอดและเครื่องฟังเสียงหัวใจเด็ก

## ชุดที่ ๔ ด้านในสถานพยาบาลบริเวณห้องชันษา รายละเอียดภาพดังนี้

๑. ถังขยะแบบเหยียบ เปิด-ปิด จัดแยกขยะประเภททั่วไปพร้อมปิดป้ายแสดง วางคู่กับถังขยะติดเชื้อและถุงใส่ขยะสีแดง พร้อมปิดป้ายแสดง
๒. ภาพถ่ายสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อจากบริษัทกำจัดขยะหรือโรงพยาบาล

## ชุดที่ ๕ ด้านในสถานพยาบาลบริเวณห้องน้ำ รายละเอียดภาพดังนี้

๑. อ่างล้างมือ
๒. ห้องส้วม

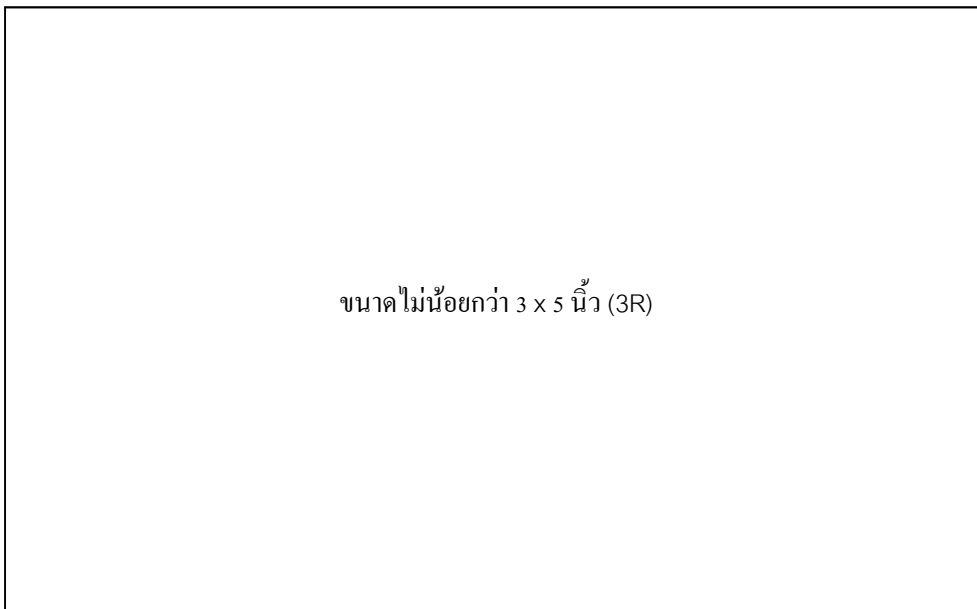


ภาพถ่ายสถานพยาบาล (สถานที่จริง) ตามแบบตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล (คลินิก)

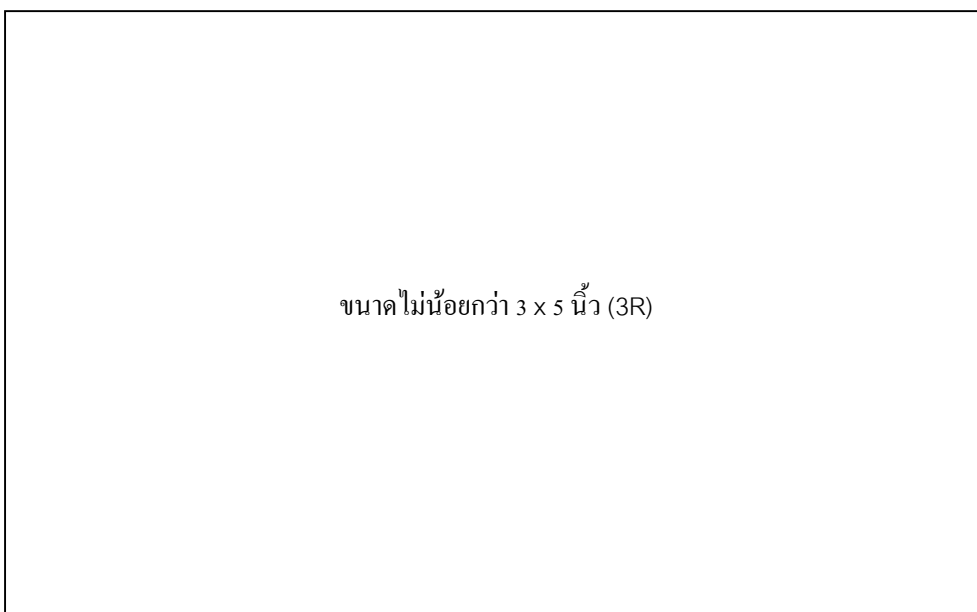
ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....

ชื่อภาพถ่าย.....



ชื่อภาพถ่าย.....



รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

วันที่ถ่ายรูป.....

## บันทึกชี้แจงการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

### 1. ข้าพเจ้า

1.1 ชื่อ.....

1.2 นิตินาม.....

โดย (1) .....

(2) .....

ได้ยื่นขอรับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล/ดำเนินการสถานพยาบาล ประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

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

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

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

### 2. ข้าพเจ้า ขอชี้แจงแผนระบบควบคุมการทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ในคลินิก ดังนี้

2.1 แขน้ำยา (ระบุชนิดน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้) .....

ระยะเวลาในการแช่น้ำยา .....

2.2 ใช้ความร้อนในการทำความสะอาดเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ

 Autoclave ( เครื่องอบหนึ่งภายใต้ความดัน ) ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ..... Hot air oven ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ ..... อบด้วยก๊าซ ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ..... อื่นๆ(ระบุ) .....

2.3 อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับความร้อน

 Ultrasonic Cleaner ระยะเวลาในการทำความสะอาด ..... อื่นๆ(ระบุ) .....

2.4 แผนการให้ความรู้แก่พนักงาน/เจ้าหน้าที่ในคลินิกเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการทำความสะอาดเครื่องมือ..... ครั้ง/ปี กำหนดให้ควรรู้ครั้งแรก (วัน/เดือน/ปี) .....

2.5 มีเอกสารแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการทำลายเชื้อที่ผู้ปฏิบัติงานสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน (แนบเอกสารมาพร้อมนี้)

2.6 วิธีการจัดการขยะติดเชื้อ

2.6.1 มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป

ภาชนะที่ใช้ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อ ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”

อื่นๆ .....

.....

2.6.2 วิธีกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ระบุ)

สถานที่ส่งกำจัดขยะติดเชื้อ .....

.....

ระยะเวลาหรือความถี่ในการส่งกำจัด .....

.....

2.6.3 วิธีจัดการของมีคม (ระบุ)

ภาชนะที่ใช้ในการเก็บขยะติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด สไลด์ ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว เป็นต้น

.....

วิธีทำลายคมและทำลายของมีคม.....

.....

2.7 การทำความสะอาดและการทำให้ปราศจากเชื้อ

- บริเวณพื้นห้องตรวจ/ทำฟัน.....

- บริเวณพื้นห้องทำแผล/ห้องปฏิบัติการต่างๆ.....

.....

- เติง ยูนิททำฟัน.....

- รถทำแผล .....

.....

- เครื่องมือทั่วไป เช่น เครื่องวัดความดัน หูฟัง เครื่องมือทันตกรรม.....

.....

- อื่นๆ ได้แก่ .....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

หลักฐานการใช้บริการกำจัดขยะติดเชื้อ

เอกสารแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการทำลายเชื้อ

.....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต/

(.....) ผู้ดำเนินการ

## หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

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

ข้าพเจ้า (เจ้าของอาคาร) ..... อายุ ..... ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ .....  
ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
เป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ในบ้านเลขที่ ..... ซอย ..... ถนน .....  
หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด .....  
ขอทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้ (ผู้ขอประกอบการ).....

.....  
อายุ .....ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย.....ถนน .....  
หมู่ที่.....ตำบล .....อำเภอ ..... จังหวัด .....  
ใช้สถานที่ตามสถานที่ดังกล่าวข้างต้น ในการประกอบกิจการสถานพยาบาล/ดำเนินการสถานพยาบาล/.....  
.....ได้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ขอรับรองว่าหนังสือฉบับนี้ได้ทำขึ้นโดยถูกต้องตามความเป็นจริง ทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ให้คำยินยอม  
( ..... ) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอประกอบการ  
( ..... ) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ..... พยาน  
( ..... ) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ..... พยาน  
( ..... ) ตัวบรรจง

**หมายเหตุ**

- ให้แนบเอกสารดังนี้ประกอบด้วย พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง
๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ให้คำยินยอม / เจ้าของบ้าน
  ๒. หากมีสัญญาเช่าร้านให้ถ่ายสำเนาสัญญาเช่าพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแทนหนังสือนี้

## แบบทดสอบความรู้ก่อนขอเปิดสถานพยาบาล (คลินิก)

**คำอธิบาย** ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ใน  ข้อที่ถูกต้อง และ ✗ ใน  ข้อที่ไม่ถูกต้อง

- ๑. ขั้นตอนการขออนุญาตผู้ประกอบการยื่นคำขอ/เจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอและคุณสมบัติ/ตรวจสอบสถานที่/นำเข้าพิจารณาในที่ประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดเห็นชอบ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนามอนุญาต
- ๒. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลก็แห่งก็ได้ โดยเวลาที่ประกอบวิชาชีพ (ตรวจรักษา) ต้องไม่ตรงกัน
- ๓. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องจัดให้มีผู้ประกอบการวิชาชีพตลอดเวลาทำการ
- ๔. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องควบคุมดูแลมิให้มีการใช้หรือยินยอมให้ผู้อื่นใช้สถานพยาบาลประกอบกิจการ ผิดประเภทหรือผิดลักษณะ
- ๕. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องควบคุมดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพ
- ๖. สามารถเปิดกิจการสถานพยาบาลได้ตั้งแต่วันที่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอและคุณสมบัติถูกต้องและรับเรื่องไว้
- ๗. การเลิกกิจการ ต้องแจ้งเลิกเป็นหนังสือและจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน
- ๘. เมื่อได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (คลินิก) แล้วสามารถออกหน่วยให้บริการตรวจสุขภาพตามโรงงานหรือสถานประกอบการต่างๆ ได้
- ๙. เมื่อผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบการวิชาชีพติดธุระ ผู้ดูแลคลินิกสามารถเปิดร้านเพื่อรับนัดผู้ป่วยได้
- ๑๐. การเปลี่ยนผู้ดำเนินการ การแก้ไขเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบการวิชาชีพ การเพิ่มขนาดสถานพยาบาล ต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ผู้อนุญาต) อนุญาตก่อนที่ผู้รับอนุญาตดำเนินการต่อไป
- ๑๑. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลมีอายุ ๑๐ ปีปฏิทิน และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลมีอายุ ๒ ปีปฏิทิน นับตั้งแต่ปีปฏิทินที่ออกใบอนุญาตครั้งแรก
- ๑๒. การชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล หากชำระล่าช้าต้องชำระเพิ่มในอัตราร้อยละ ๕ ต่อเดือน
- ๑๓. ต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน ๑,๐๐๐ บาท ทุกปีปฏิทิน (๑ ต.ค. - ๓๑ ธ.ค.)
- ๑๔. ชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน ๕๐๐ บาท ทุกปีปฏิทิน (๑ ต.ค. - ๓๑ ธ.ค.)
- ๑๕. ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล จำนวน ๒๕๐ บาท ทุกสองปีปฏิทิน (๑ ต.ค. - ๓๑ ธ.ค.)
- ๑๖. การยื่นคำขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาต ต้องแนบสมุดทะเบียนสถานพยาบาลทุกครั้ง
- ๑๗. ใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล รูปถ่ายและรายละเอียดการประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาและค่าบริการ ประกาศสิทธิผู้ป่วย หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ไม่ต้องแสดงไว้ที่สถานพยาบาลอย่างเปิดเผยและเห็นได้ง่ายตามกฎหมาย
- ๑๘. ใบอนุญาตฯ ที่เคลือบพลาสติกที่เคลือบพลาสติก ถ้าวางชำรุดเสียหาย ต้องขอใบแทนใบอนุญาตฯ ใหม่
- ๑๙. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล หากไม่ได้ต่ออายุภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ให้ชำระเงินเพิ่มแล้ว ต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล ได้
- ๒๐. คลินิกขอเปิดใหม่ และต่ออายุประจำปี ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน ๑,๐๐๐ บาท ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล จำนวน ๒๕๐ บาท และค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน ๕๐๐ บาท

**หลักการเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ฯลฯ มาใช้ในสถานพยาบาล (คลินิก)**

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

**ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพื่อการพัฒนางานอนุญาตเกี่ยวกับสถานพยาบาล**

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

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ .....

วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....(ชื่อบุคคล)

ในนามของ.....(ชื่อสถานที่ประกอบการ)

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... หมู่.....

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

เฉพาะกรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลหรือคณะบุคคล ต้องระบุ  ใน  ข้อใดข้อหนึ่งแล้วแต่กรณี

โดยมี.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์

ทะเบียนนิติบุคคล เลขที่.....เมื่อวันที่.....

โดยมี.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

ทะเบียน เลขที่.....(เช่น สหกรณ์ฯ/มูลนิธิ/หน่วยราชการ/คณะบุคคล) เมื่อวันที่.....

ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้เป็นผู้มีอำนาจในการยื่นคำขอเกี่ยวกับการขออนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาล ประกอบกิจการสถานพยาบาล ดำเนินการสถานพยาบาล ใบแทน แก้ไขเปลี่ยนแปลงต่างๆ แจ้งเลิกหรือยกเลิก ต่ออายุ ชำระค่าธรรมเนียมประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี ส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล พร้อมทั้งแก้ไข ตัดทอน เอกสาร ตลอดจนรับทราบคำสั่งของราชการ และเป็นผู้ติดต่อขอรับใบอนุญาตต่างๆ รวมถึงการจ่ายชำระค่าธรรมเนียมต่างๆ เกี่ยวกับเอกสารดังกล่าวที่กำหนดไว้ตามกฎหมายสถานพยาบาล.....

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ

ลงชื่อ .....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ .....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ .....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ .....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ .....พยาน  
(.....)

ปิดอากรแสตมป์ 30 บาท  
ต่อผู้รับมอบอำนาจ 1 คน  
และประทับตราสำคัญ(ถ้ามี)

### หมายเหตุ

- กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลหรือคณะบุคคล ผู้มอบอำนาจต้องครบถ้วนตามหนังสือรับรองจดทะเบียนนิติบุคคล หรือเอกสารแสดงความเป็นนิติบุคคล หรือคณะบุคคล เช่น กรรมการสองคนลงลายมือชื่อและประทับตราสำคัญของบริษัท เป็นต้น และต้องแนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (อายุไม่เกิน 6 เดือน) หรือเอกสารแสดงความเป็นนิติบุคคลหรือคณะบุคคล มาด้วย
- แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
- พยานลงชื่อให้ครบถ้วนทั้ง 2 คน
- ถ่ายเอกสารหนังสือมอบอำนาจ (ที่ติดอากรแสตมป์) จำนวน 1 ฉบับ เพื่อใช้ติดต่อในครั้งต่อไป
- หากข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่าตัดออกและลงลายมือชื่อกำกับ (ถ้ามี)