

คู่มือการอนุญาตสถานพยาบาล(คลินิก)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

ค ำ น ำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ มีภารกิจในการส่งเสริม ควบคุม ก ำกับและดูแลกำรให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ภายใตักฎหมายหลัก คือ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ และพระราชกฤษฎีกำ กฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตามกฎหมายทั้ง 3 ฉบับ รวมถึงกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานจึงได้มีกำรก ำหนดกระบวนงำนที่ส ำคัญตามกำรกิจ หลัก และในป้ิงบประมาณ พ.ศ. 2558 ส ำนักงาน ก.พ.ร. ได้แจ้งให้หน่วยงานของรัฐที่มีกำร อนุญาต กำรจดทะเบียนหรือกำรแจ้งที่มีกฎหมายหรือกฎก ำหนดให้ต้องขออนุญาต จดทะเบียน หรือแจ้งก่อนจะด ำเนินการใด จัดท ำคู่มือส ำหรับประชาชน ตามพระราชบัญญัติกำรอ ำนวนย ความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

สารบัญ

- การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก 2
 - การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก 9
 - การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก 14
 - การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก 18
 - การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก 23
 - การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก 29
 - การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย 33
 - การแจ้งเลิกคลินิก 37
 - การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก 41
 - การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก 45
 - การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก 50
 - การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก 54
 - การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล 59
 - การขอใบรับแจ้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนซึ่งไม่ต้องอยู่ในบังคับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 63
- ภาคผนวก :**
- (1) คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ 531/2558 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ และ คณะทำงานจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558 68
 - (2) ข้อมูลการเผยแพร่คู่มือสำหรับประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 73
 - (3) สรุปภาพรวมคู่มือสำหรับประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ งานคลินิก 74

คู่มือ : การขออนุญาตการประกอบกิจการและदानเนน การคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นค าขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์ มาตรา 16 ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล

เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต

การขอ การออกใบอนุญาต และการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทใดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ ก ำหนดในกฎกระทรวง มาตรา 24 ห้ามมิให้บุคคลใดด ำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอและการออกใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ ก ำหนดในกฎกระทรวง

2.เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลา 67 วันท ำการ ในกรณีทีค ำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดท ำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้อง ด ำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่ก ำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งค ำขอ

2) กรณีมอบอ ำนาจให้บุคคลอื่นมาด ำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องท ำเป็นหนังสือมอบอ ำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบส ำเนาบัตรประจ ำตัวประชาชนของผู้มอบอ ำนาจและผู้รับมอบอ ำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอ ำนาจว่า ผู้รับมอบอ ำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอ ำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

3.วิธีการ

ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตได้จัดให้มี กรณี ดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว

1) มีแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ได้รับอนุมัติแล้วตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ก ำหนดในกฎกระทรวง

2) มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่ก ำหนดในกฎกระทรวงที่ออก ตามมาตรา 14

3) มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จ ำเป็นประจ ำสถานพยาบาลนั้น ตามชนิดและจ ำนวนที่ก ำหนดใน กฎกระทรวง

4) มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจ ำนวนที่ก ำหนดในกฎกระทรวง

5) ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่ก ำหนดในกฎกระทรวง

4.คุณสมบัติผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

1) มีอายุไม่ต ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

2) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

3) ไม่เคยได้รับโทษจ ำคุกโดยค ำพิพากษาหรือค ำสั่งที่ อดวั ยกกฎหมายถึงทสี่ ดุ ใจจ ำคุก เว้นแต่เป็นโทษส ำหรับความผิดที่ได้ กระท ำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

4) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศ ก ำหนดในราชกิจจานุเบกษา

5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

6) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการ หรือผู้แทนของนิติบุคคลนั้นต้องมีคุณสมบัติตามคุณสมบัติข้างต้น **คุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล**

1) ผู้ประกอบวิชาชีพ/เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

2) ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่งกรณีที่เป็นผู้
ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้ เป็นผู้
ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้

3) เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิดหมายเหตุ: ขั้นตอนการ
ดำเนินการตามคู่มือจะเริ่มนับ ระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่
ขอประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วัน นับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่กระบี่ ถนนอุตรกิจ ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.กระบี่ ๘๑๐๐๐ โทร.๐๗๕๖๑๑๐๑๒-๓	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดทางราชการ ำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
--	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วน านงานที่ ับผิดชอบ
ระยะเวลาในการดา เนินการรวม : 67 วันทำ กำร

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผิด ชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร 1.ยื่นค ำขออนุมัติแผนงานกำรจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่ รับผู้ป่วยไว้ค้ำ งค้ำ/ 2. พนักงานเจ้าหน้าที่รับค ำขอและรับเอกสารแผนงานกำรจัด ตั้ง สถานพยาบาล/ลงนัดตรวจสถานที่ (ตรวจสอบผู้ขออนุมัติ แผนกำรจัดตั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามตำมมาตรา 17 สถานที่ เป็นไปตำมลักษณะที่ก ำหนดในกฎกระทรวงตำมมาตรา 14 วรรคสอง และมีผู้ประกอบวิชาชีพตำมกฎกระทรวง 18 (4)) หมายเหตุ : มีระยะเวลาำรอกำรตรวจสถานที่	1 วันท ำกำร	ส ำนักรสถานพยาบาลและ กำรประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา 1.พนักงานเจ้าหน้าที่ รวบรวมค ำขออนุมัติแผนงานกำรจัดตั้ง สถานพยาบาล 2.พนักงานเจ้าหน้าที่ประสานวันนัดตรวจสถานที่ 3.พนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่ 4.สรุปผล/ให้แก้ไขปรับปรุง 5.เสนอคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่ร ับผู้ป่วยไว้ ค้ำงค้ำพิจารณาเห็นชอบกำรประกอบกิจกำรสถานพยาบาลและ กำรต ำเนิรกำรสถานพยาบาล 6.คณะกรรมการสถานพยาบาลพิจารณาอนุมัติ ิกำรอนุญาตกำร ประกอบกิจกำรสถานพยาบาลและกำรต ำเนิรกำรสถานพยาบาล	60 วันท ำกำร	ส ำนักรสถานพยาบาลและ กำรประกอบโรคศิลปะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต ำตประกอบกิจกำรและ ต ำเนิรกำรสถานพยาบาล	5 วันท ำกำร	ส ำนักรสถานพยาบาลและ กำรประกอบโรคศิลปะ
ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผิด ชอบ
4)	- แจ้งผลกำรพิจารณาไปยังผู้ยื่น ค ำขออนุญาต	1 วันท ำกำร	ส ำนักรสถานพยาบาลและ กำรประกอบโรคศิลปะ

--	--	--	--

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ และสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจกรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนาม ทุกคน	กรมการปกครอง
2)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการกงสุล
3)	ใบสาคัญการเปลี่ยนชื่อ / ชื่อสกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีการเปลี่ยนชื่อ หรือสกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
4)	หนังสือรับรองนิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นขอเป็นนิติบุคคล) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ให้ประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
5)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคนานาหน้านาม ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
6)	ค าขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่ร ับผู้ป่วยไว้ค้ำงคนี้ (แบบ สพ.1) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
7)	แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่ร ับผู้ป่วยไว้ค้ำงคิน (แบบ สพ.2) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
8)	ค าขออนุญาตให้ประกอบกจิ การสถานพยาบาล (แบบ สพ.5) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
9)	หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องเซ็นชื่อต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
10)	คำขอรับ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาต เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องเซ็นชื่อต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
11)	ทะเบียนบ้าน (ผู้ขอประกอบกิจการ และผู้ดำเนินการ) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ และ สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรอง สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิลงนามทุกคน	กรมการปกครอง
12)	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การประกอบการประกอบโรคศิลปะ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ หากเป็นเฉพาะทาง ต้องลงนามสำเนาถูกต้องใบอนุญาตบัตร ร/ อนุมัติ	-
13)	ใบรับรองแพทย์ของผู้ประกอบกิจการ และผู้ดำเนินการ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์เมื่อเป็นโรคต้องห้ามและออกไว้มากเกิน 6 เดือนนับแต่วันยื่นคำขอ	-
14)	รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นผู้ดำเนินการ	-
15)	รูปถ่ายขนาด 8 x 13 ซม. จำนวน 1 รูป ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นผู้ดำเนินการ	-
16)	แผนผังในสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ต้องแสดงตำแหน่งตามแผนผังจัดตั้ง (ตามมาตรฐาน)	-

17)	แผนผังแสดงที่ตั้งสถานพยาบาลต้องชัดเจน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียงโดยให้มีจุดสังเกตที่ สำคัญ	-
-----	---	---

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
18)	<p>เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน) ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง หากไม่ใช้เจ้าของกรรมสิทธิ์ ต้องมีเอกสารดัง นี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาเช่า โดยผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลต้องเป็นผู้เช่า 2. ส ำเนาบัตร ระบุประชาชนและส ำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า 	-
19)	<p>ทะเบียนบ ำ นที่ตั้งสถานพยาบาล ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง</p>	กรมการปกครอง
20)	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีการเก็บ และกา จัดขยะติดเชื้อ โดยมี นังสือตอบรับ จาก หน่วยงานที่กา จัดขยะ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2.ต้องมีเอกสาร/หนังสือรับการตรวจสอบมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ และต้องมีใบอนุญาตการครอบครองรัง สีจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ 3.ต้องไดรั ับความยินยอมให้ใช้ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ได้รับ ใบอนุญาตก่อน หากชื่อ สถานพยาบาลในเขตเดียวกันมีชื่อซ้ำ กัน 4.แสดงอัตราค่าบริการ และค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมลักษณะ ให้บริการ 5.มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติด ต่อโรงพยาบาลหรือ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ในการชว ยพื้นคืนชีพ ตติ ไวในที่เห็นได้ชัดเจน และมีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิต เบื่อ งต้นที่ได้มาตรฐาน และ ขั้นตอนการส่ง ต่อผู้ป่ว ย ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ 	-
21)	<p>หากมีเครื่องมือ พิเศษ เช่นเครื่องมือ แพทย์ ต้องมีเอกสารรับรอง จากส ำ นักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง</p>	ส ำ นักงานคณะกรรมการอาหารและ ยา
22)	<p>มีแผนแสดงระบบการควบคุมทา ความสะอาดเครื่องมื่อ เครื่องใช้ ใน คลินิกที่เหมาะสม ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ</p>	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภท ที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน 1,000 บาท	ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท
2)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 250 บาท	ค่าธรรมเนียม 250 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำ บริษัท

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำ บริษัท
-------	------------------------------------

1)	หน่วยงาน ณ จุด ยื่นคำ ขอ ส ำนัก สำนัภยำบำลและกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริกำร ำรสุภำภ ะทรวงสำธำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
2)	กองกฏหมำย กรมสนับสนุนบริกำร ำรสุภำภ ะทรวงสำธำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
3)	ไปรษณีย์ ส ำนัก สำนัภยำบำลและกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริกำร ำรสุภำภ ะทรวงสำธำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
4)	ไปรษณีย์ กองกฏหมำย กรมสนับสนุนบริกำรสุภำภ ะทรวงสำธำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999 7
7)	facebook : สำรวัตรสำนัภยำบำล Online
8)	ศูนย์บริกำรประชำชน ส ำนักปลัดสำ นักน่ำยกรัฎมนตรี หมำยเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สำยต่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนกำรทุจริต ในภำครฐ หมำยเหตุ: ส ำนักงำนคณะกรรมกำรป้องกันและปรำบปรำมกำรทุจริตในภำครฐ (ส ำนักงำน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อำค้ำรชอพดแ่วรปำร์ค ชั้น 2 ถนนแจ่งวฒันะ ต ำบลคลองเกลือ อ ำเภอปำกเกร็ด จังหวัตนนทบุรี 11120 - สำยต่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสำร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำ หรับนกำลทุนต่งชำติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	ค ำขออนุมัติแผนงำนกำรจัดตั้งสำนัภยำบำลประเภทที่ไมร ำบผู้ป่วยไวค ำงคีน (แบบ สพ.1)
2)	แผนงำนกำรจัด ตั้งสำนัภยำบำลประเภทที่ไมร ำบผู้ป่วยไวค ำงคีน (แบบ สพ.2)
3)	ค ำขออนุญาตให้ประกอบกิจกำรสำนัภยำบำล (แบบ สพ.5)
4)	หนังสือแสดงเจตจ ำงเป็นปฏิบัตินงำนในสำนัภยำบำลของผู้ประกอบวชิ ำชีพ (แบบ สพ.6)
5)	ค ำขอรับใบอนญ ำตให้ต ำเนินกำรสำนัภยำบำล / ค ำขออนุญาตเปลี่ย นตวิ ผู้ต ำเนินกำรสำนัภยำบำล (ส.พ18)

หมายเหตุ

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ: การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก
หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: สำนักรักษาพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง กฎหมายที่เกี่ยวข้อง: านาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออก ตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่ กำหนดระยะเวลา: ไม่มีกำหนดระยะเวลาไว้ตามกฎหมาย ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อตกลง กำหนด ฯลฯ: 0.0

ข้อมูลสถิติ
ชื่อของกระบวนการ:
จำนวนเฉลี่ย ต่อเดือน 60 จำนวน
ข้อขอที่มีค่าที่ 80 จำนวน
จำนวนข้อขอที่น้อยที่ 40

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอต่อ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : ส ำนักสถำนพยำบำลและกำรประกอบโรคคิลปะ กระทรวงส่ำครัฐสุข

หลักเกณฑ์ วิธี การ เงื่อนไข (ถ่ำมี) ในการยื่นค ำขอ และในการพิจารณำอนุญาต

1.หลักเกณฑ์ ำตรำ 19 ใบอนุญาตให้ประกอบกำรสถำนพยำบำล

ให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

กำรขอต่ออำยใบอนุญาตให้ยื่นค ำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นสุด เมื่อได้ยื่นค ำขอแล้วให้ผู้รับอนุญาตประกอบกำรสถำนพยำบำล ต่อไปได้ จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออำยกำรขอต่ออำยใบอนุญาตและกำรอนุญาต ให้เป็นไปต้ำหลักเกณฑ์ วิธีกำร และเงื่อนไขที่ก ำหนดในกฎกระทรวง

2.วิธีกำร

- 1) ผู้ประกอบกำรยื่นค ำขอการขอต่ออำยใบอนุญาตประกอบกำร ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ประกอบกำรสถำนพยำบำล หมดอำยก่อนสิ้นปีที่ 10 นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต
- 2) กำรยื่นต่อใบอนุญาตผู้ค ำเนนกำรสถำนพยำบำลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอำยไม่น้อยกว่า 3 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เดือน ตุลาคม จนถึง 31 ธันวาคม
- 3) ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม
- 4) พนักงานเจ้ำหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงส่ำครัฐสุข ตรวจสอบการขอต่ออำยใบอนุญาตกำรผู้ประกอบกำร สถำนพยำบำล
- 5) ผู้อนุญาตพิจารณำการต่อใบอนุญาตผู้ประกอบกำร / ออกใบอนุญาตผู้ประกอบกำรใหม่ (เลขใหม่) ลงบันทึกลงในสมุด ทะเบียนสถำนพยำบำล

3.เงื่อนไข

- 1) กำรนับระยะเวลา 21 วันท ำกำร ในกรณีที่ค ำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณำได้ เจ้ำหน้าที่จะจัดท ำบันทึกควำมบกพร่องของรำยกำรเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องด ำเนนกำรแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่ก ำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละ ทิ้งค ำขอ
- 2) กรณีมอบ อำนำงให้บุคคลอื่นมำด ำเนนกำรหรือรับเอกสารแทน ต้องท ำเป็นหนังสือมอบอ อำนำงและติดอำครแสดมปี พร้อมแนบส ำเนำบัตรประจำ ำตัวประชาชนของผู้มอบ อำนำงและผู้รับมอบ อำนำงและต้องมีข้อความในใบมอบ อำนำงว่าผู้รับมอบ อำนำงสามารถลงน่ำแทนผู้มอบ อำนำงในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝำย)

4.ค ำขอต่ออำยใบอนุญาตให้ประกอบกำรคลินิก (แบบ สพ.11) รำยกำรเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- 1) ส ำเนำบัตรประจำ ำตัว
- 2) ใบรับรองแพทย์
- 3) ส ำเนำทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต
- 4) ส ำเนำทะเบียนบ้านของสถำนที่ตั้งสถำนพยำบำล

- 5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 6) หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา 45 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
- 7) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินการตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ ช่องทางการให้บริการ

<p>สถานที่ให้บริการ</p> <p>ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1 อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธิตนอกสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059/ติดต่อด้วยตนเอง ณ สำนักงาน</p>	<p>ระยะเวลาเปิดให้บริการ</p> <p>เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ ราชการก หนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)</p>
--	--

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วน านงานที่ ับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดา เนินการรวม : 21 วันทำ การ

ล าดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผิด ชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบการยื่น ค ำขอต่ออายุใ บอนุญาตให้ประกอบกิจการ	1 วันท ำการ	ส ำนักส ำานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบค ำขอต่ออายุใบอนุญาต	14 วันท ำการ	ส ำนักส ำานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันท ำการ	ส ำนักส ำานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
4)	แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้นี้ ขอใบอนุญาต	1 วันท ำการ	ส ำนักส ำานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ล าดับ	ชื่อเอกสาร จา นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) ี	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำ ดวี ประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง กรณีมอบ อ ำนาจ ต้องมีหนังสือ รับมอบ อ ำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ และส ำเนาบัตรประชาชนผู ้มอบ อ ำนาจ กรณีเป็ นนิติบุคคลรับรองส ำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิ ทิ ถิ่นลงนามทุกคน	กรมการปกครอง

2)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการกงสุล
3)	ใบสาคัญการเปลี่ยนชื่อ / ชื่อสกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
4)	หนังสือรับรองนิติบุคคล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นนิติบุคคล ให้ประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจ ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
5)	ค าขอต่ออายุใ้ ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.11) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
6)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
7)	สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ประกอบกิจการ) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
8)	ทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
9)	ใบรับรองแพทย์ผู้ประกอบกิจการ (ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรง และออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	-
10)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (แบบ สพ.8) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

11)	<p>หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาลจากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา 45 แห่งพระราชบัญญัติ ิสถานพยาบาล พ.ศ.2541/ แบบประเมินตนเองของสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ แบบประเมินตนเองของสถานพยาบาล ผู้ประกอบกิจการ ต้องประเมินตนเองตามแบบที่ ำหนด</p>	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
12)	<p>ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค ำนำ หน้ำนาม ลงนามรับรองสำ เน้าถูกต้อง</p>	กรมการปกครอง



ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่า ธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการคลินิก	ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	หน่วยงาน ณ จุด ยืนค่า ขอ ส ำนัก ส ำณพยำบำลและกำรประกอบโรคศึลปะ กรมสนับสนุนบริกำรศุขภำพ กระทรวงสำธำรณศุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
2)	กรมสนับสนุนบริกำรศุขภำพ กระทรวงสำธำรณศุข ถนนตรี ำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
3)	ไปรษณีย์ - ส ำนัก ส ำณพยำบำลและกำรประกอบโรคศึลปะ กรมสนับสนุนบริกำรศุขภำพ กระทรวงสำธำรณศุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริกำรศุขภำพ กระทรวงสำธำรณศุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัต นนทบุรี ี11000
5)	E-mail : mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
7)	Facebook : สำรวัตรส ำณพยำบำล Online
8)	ศูนย์บริกำรประชำชน ส ำนักปลัดส ำ นกน่ำยกรัฐมนตรี หมายเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / ส่ำยตวน 1111 / www.1111.go.th / ตัปลณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนกำรทุจริต ในภำครฐั หมายเหตุ: ส ำนักงำนคณะกรรมการป้องกันและปรำบปรำมกำรทุจริตในภำครฐั (ส ำนักงำน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อำค้ำรชอพดแ้วรปำร์ค ชั้น 2 ถนนแจ่งวฒั เนะ ต ำบลคลองเกลือ อ ำเภอปำกเกร็ด จังหวัตนนทบุรี 11120 - ส่ำยตวน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ตอ 1900 , 1904- 7 / โทรส่ำร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนส่ำ หรับนกำลงทุนต่งขำติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

ช่องทางบริการร้องเรียนแนะนำ

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	คำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.11)

หมายเหตุ

-

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ: การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: ส่วนงานที่ สถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

- 1)พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม



ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: ไม่มีกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ: 0.0

ข้อมูลสถิติของกระบวนการ: จำนวนเฉลี่ย ต่อเดือน 0 จำนวนค่าขอที่มีค่าที่สุด 0
จำนวนค่าขอที่มีค่าที่สุด 0

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

มาตรา 28 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต การขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ เมื่อได้ยื่นคำขอแล้วให้ผู้นั้นดำเนินการสถานพยาบาลต่อไปได้ จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ

การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

2. วิธีการ

- 1) ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หมดยุติก่อนสิ้นปีที่ 2 นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต
- 2) การยื่นต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุไม่น้อยกว่า 3 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เดือน ตุลาคม จนถึง 31 ธันวาคม
- 3) ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม
- 4) พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบการขอต่ออายุใบอนุญาตการผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล
- 5) ผู้อนุญาตพิจารณาการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล / ลงบันทึกการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ในใบอนุญาตและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3. เงื่อนไข

- 1) การนับระยะเวลา 21 วันท ำการ ในกรณีที่ค ำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดท ำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องด ำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่ก ำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งค ำขอ
- 2) กรณีมอบ ำนาจให้บุคคลอื่นมาด ำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องท ำเป็นหนังสือมอบ ำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบส ำเนาบัตรประจ ำตัวประชาชนของผู้มอบ ำนาจและผู้รับมอบ ำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบ ำนาจว่าผู้รับมอบ ำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบ ำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

4.แบบค ำขอการต่อใบอนุญาตการด ำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) (แบบ สพ.20) รายการ เอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

- 1) ใบอนุญาตให้ด ำเนินการสถานพยาบาล
- 2) รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จ ำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี (กรณีออกใบอนุญาตใหม่)
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 4) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

5) เอกสารอื่นๆ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ	ระดับ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธิตสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	1	เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ
ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 21 วันทำการ



ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผิด ชอบ
-------	---------	----------	--------------------

1)	การตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบการยื่น ค ำขอต่ออายุใ้ บอนุญาต ำเนิสถานพยาบาล	1 วันท ำกำร	ส ำนักรงำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคคิลปะ
2)	การพิจารณา พนักงำนเจ้ำหน้ำที่ตรวจสอบค ำขอต่ออายุใ้บอนุญาต	14 วันท ำกำร	ส ำนักรงำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคคิลปะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามใ้บอนุญาต	5 วันท ำกำร	ส ำนักรงำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคคิลปะ
4)	แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่น ขอบอนุญาต	1 วันท ำกำร	ส ำนักรงำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคคิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ล ำดับ	ชื่อเอกสาร จำ นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) ี	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำ ดว้ ประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนำ 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนำมรับรองส ำเนำถูกต้อง กรณีมอบอ ำนำจต้อง มีหนังสือ รับมอบ ำนำจพร้อมติดำกรแสดงมีและสำ เนำบัตรประจำช่นผู้รับมอบ ำนำจ	กรมกำรปกครอง
2)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนำ 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นช่ำวต่างช่ำติ ลงนำมรับรองส ำเนำถูกต้อง	กรมกำรงงสลุ
3)	ใบส ำคัญกำรเปลี่ยนชื่อ / ชื่อ สกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนำ 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนำมรับ รงส ำเนำถูกต้อง	กรมกำรปกครอง
4)	ค ำขอต่อ ำยใ้ บอนุญาตให้ด ำเนินการสภำนพยำบำล (ส.พ.20) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนำ 0 ฉบับ	ส ำนักรงำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคคิลปะ
5)	ใบอนุญาตให้ด ำเนินการสภำนพยำบำลประเภทที่ไมเร ับผู้ป่ำย ไร่ด ำงคิน (ส.พ.19) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนำ 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริกำรสุขภำพ
ล ำดับ	ชื่อเอกสาร จำ นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) ี	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร

6)	ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ใบรับ รongแพทยไมเ่ ป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรง และออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน	-
7)	รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 ซม. จ านวน 3 รูป ฉบับจริง 3 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี กรณีออกใบอนุญาตใบใหม่	-
8)	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	-
9)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	ส ำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
10)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค ำนำ หนา ้ นำม ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง



ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
-------	------------------------	-----------------------------

1)	ค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม 250 บาท
----	--------------	----------------------

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	หน่วยงาน ณ จุด ยื่นคำ ขอ ส ำนัก ส ำถำนพยำบำลและกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริกำร สุขภำพ กระทรวงส ำถ ำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000

2)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ าเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
3)	ไปรษณีย์ - ส ำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ าเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ าเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
ล าดับ	ช่องทางการอ ้งเรียน / แะน าบรกี าร
7)	facebook : สำรวตรสถำนพยำบำล Online
8)	ศูนย์บริการประชาชน ส ำนักปลัดสำ นักน่ายกรัฐมนตรี หมายเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริต ในภำครฐ หมายเหตุ: ส ำนักงำนคณะกรรมกำรป้องกันและปรำบปรำมกำรทุจริตในภำครฐ (ส ำนักงำน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อำค้ำรชอพดแ้วรปำรค ชั้น 2 ถนนแจ่งวฒันะ ต ำบลคลองเกลือ อ ำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสำร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำ หรับนกำลงทุนต่งชำติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

แบบฟอร์ม ดว อย่ำงและคม่ ือการกรอก

ล าดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	ขอต่ออำยุใบอนญำตให้ด ำเนนิ กำรสถำนพยำบำลประเภททใี้ มรับผู้ป่วยไว้ค้ำงคิน (แบบ สพ.20)

หมายเหตุ

-

ข้อมูลส ำหรับเจ้ำหนำที่

ชื่อกระบวนงำน: กำรขอต่ออำยุใบอนญำตให้ด ำเนนิกำรคลนิ ิก

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: ส ำนัก สำนัพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริ
ำรสุขภาพ ประเภทของงานบริกำร: กระบวนกำรบริกำรที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว วมวดหมู่ของงานบริกำร:
อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1)พ.ร.บ. สำนัพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และกฎกระทรวง
ประกำศระเบียบที่ออกตำม พ.ร.บ. สำนัพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริกำรทั่วไป พื้นที่ให้บริการ:

ส่วนกล้ำง, ส่วนภูมิภาค

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: ไม่มีกำรก ำหนดระยะเวลาในกฎหมาย

ระยะเวลาที่ กำหนดตามกฎหมาย / ข้อก ำหนด ฯลฯ: 0.0

ข้อมูลสถิติของกระบวนการ:

จำนวนเฉลี่ย ต่อเดือน 0

จำนวนค ำขอที่มี ำกทสี่ ุด 0

จำนวนค ำขอที่นี้ ้อยทสี่ ุด

0

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

มาตรา 23 ผู้รับอนุญาตต้องจัดให้มีผู้ดำเนินการคนหนึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ควบคุม ดูแลและรับผิดชอบในการดำเนินการสำนักงาน

มาตรา 26 ถ้าผู้ดำเนินการพ้นจากหน้าที่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เกินเจ็ดวัน ผู้รับอนุญาตอาจมอบหมายให้บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติตามมาตรา 25 ดำเนินการแทนได้ไม่เกินเก้าสิบวัน ในกรณีเช่นนี้ให้ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในสามวันนับแต่วันที่เข้าดำเนินการแทน ผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนตามวรรคหนึ่งให้มีหน้าที่และความรับผิดชอบเช่นเดียวกับผู้ดำเนินการ

2. เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลา 21 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทาบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันทัก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งคำขอ

2) กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในวันทักให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

3. วิธีการ

ต้องยื่นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสำนักงานนั้น แบบคำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ สำนักงานประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.18) เอกสารหลักฐาน

1) สำเนาบัตรประจำตัว

2) สำเนาทะเบียนบ้าน

3) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสำนักงานได้โดยใกล้ชิด

4) รูปถ่าย ขนาด 8 x 13 ซม. จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

5) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

6) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

7) สำเนาโฉนดที่ดินหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรอง

8) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสำนักงาน

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินการงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ



ช่องทางการให้บริการ

<p>สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1 อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธิตสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน</p>	<p>ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)</p>
---	---



ขั้นตอน ระยะเวลา และส่ว นงานที่ ับผิดชอบ
ระยะเวลาในการดา เนินการรวม : 21 วันทำ ก้าร

ล าดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผิด ชอบ
-----------	---------	----------	--------------------

1)	การตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบการยื่นค ำขอเปลี่ยนตัวผดู่ ำเนนการสถานพยาบาล (ผู้ด ำ เนนการดอ งมาแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่)	1 วันท ำการ	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ
2)	การพิจารณา พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบค ำขอต่อเปลี่ยนตัวผดู่ ำเนนการ สถานพยาบาลและตรวจสอบคุณสมบัติ	14 วันท ำการ	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันท ำการ	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ
4)	แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่น ขอบใบอนุญาต	1 วันท ำการ	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ล า ด ั บ	ชื่อเอกสาร จา นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำ ดว้ ประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ ส านา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง กรณีมอบอ ำนาจดอ งมีหนังสือ รับมอบ ำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์และส ำ เนาบัตรประชาชนผู้รับมอบ ำนาจ	กรมการปกครอง
2)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ ส านา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นชาวต่างชาด ลงนามรับ รงส ำเนาถูกต้อง	กรมการกงสุล
3)	ใบส าคัญการเปลี่ยนชื่อ / ชื่อ สกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส านา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
4)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ ส านา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
5)	ค ำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผดู่ ำ เนนการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส านา 0 ฉบับ	ส ำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
ล า ด ั บ	ชื่อเอกสาร จา นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร

6)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
7)	ทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
8)	ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ใบรับรับรองแพทย์ของผู้ดำเนินการ ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน	-
9)	รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ฉบับจริง 3 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี	-
10)	รูปถ่ายขนาด 8 x 13 ซม. จำนวน 1 รูป ฉบับจริง 3 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี	-
11)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
12)	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	-
13)	สำเนาอนุมัติบัตรหรือหนังสืออนุมัติวิธีหนังสือรับรอง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	-
14)	หนังสือรับรองนิติบุคคล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีผู้ประกอบการเป็นนิติบุคคล ให้ประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า



ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม 250 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
-------	-----------------------------------

1)	หน่วยงาน ณ จุด ยื่นคำ ขอ ส ำนัก สำนักรพำยำบำนและกำรประกอบโรคศัลปะ กรมสนับสนุนบริกำรสุขภาพ กระทรวงสำธำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
2)	กรมสนับสนุนบริกำรสุขภาพ กระทรวงสำธำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
3)	ไปรษณีย์ - ส ำนักสำนักรพำยำบำนและกำรประกอบโรคศัลปะ กรมสนับสนุนบริกำรสุขภาพ กระทรวงสำธำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริกำรสุขภาพ กระทรวงสำธำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
7)	facebook : สำนักรพำยำบำน Online
8)	ศูนย์บริกำรประชำชน ส ำนักปลัดสำ นักน่ำยกรัฐมนตรี หมำยเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สำนักรพำยำบำน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนกำรทุจริต ในภำครฐ หมำยเหตุ: ส ำนักงำนคณะกรรมกำรป้องกันและปรำบปรำมกำรทุจริตในภำครฐ (ส ำนักงำน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อำค้ำรชอพดแ่วรปำร์ค ชั้น 2 ถนนแจ่งวฒันะ ต ำบลคลองเกลือ อ ำเภอปำกเกร็ด จังหวัตนนทบุรี 11120 - สำนักรพำยำบำน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสำร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำ หรับนกำลงทุนต่งชำติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	คำขอต่ออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18)

หมายเหตุ -

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการงาน: ส ำนัก ส ำถำนพยำบำลและกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริกำร
ำรสุขภาพ ประเภทของงำนบริกำร: กระบวนงำนบริกำรที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดี๋ย ว หมดหมู่ของงำนบริกำร:
อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง กฎหมำยที่ให้อ ำนำจกำรอนุญาต หรือที่เกี๋ย วขง:

1)พ.ร.บ. ส ำถำนพยำบำล พ.ศ. 2541 และทแี๊ กไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และกฎกระทรวง
ประก่ำศระเบียบที่ออก ตำม พ.ร.บ ส ำถำนพยำบำล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบท: บริกำรทั่วไป

พื้นที่ให้บริกำร: ส่วนกล่ำง, ส่วนภมู

ิภำค

กฎหมำยข้อบงั ดับ/ข้อดกล่งทกั ำหนดระยะเวลำ: ไม่มีกำรก ำหนดระยะเวลำในกฎหมำย

ระยะเวลำทกั ำหนดตำมกฎหมำย / ข้อก ำหนด ำลข: 0.0

ข้อมูลสถติ

ิขงกระบวนการงำน:

จ ำนวนเฉลี่ย ต่อเดี๋ย 0

จ ำนวนค ำขอที่มี ำกทสี่ ุด 0

จ ำนวนค ำขอทนี ้อยทสี่ ุด 0

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

มาตรา 40 ก

กำหนดให้ผู้ที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารใหม่ หรือตัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้กระทำได้เมื่อได้รับ อนุญาต โดย

- 1) ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
- 2) พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงกิจการที่แตกต่างในการ ประกอบกิจการคลินิก
- 3) ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

2. วิธีการ

- 1) การขออนุญาตประกอบกิจการคลินิก ให้ยื่นเรื่องที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- 2) การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- 3) การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

3. เงื่อนไข

- 1) การนับระยะเวลา 67 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งคำขอ
- 2) กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่า ผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

4. แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

1. กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการ
- 2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ
- 3) หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่าหรือสำเนาโฉนด)
- 4) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

- 5) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง
- 6) แผนผังแสดงลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม
- 7) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 8) ใบแสดงความจ ำนางเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.6 พร้อมส ำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ส ำเนาทะเบียนบ้าน และ ส ำเนาบัตรประจ ำตัวของผูประกอบวิชาชีพ รูปถ่าย ขนาด 8 x 13 ซม. จ ำนวน 1 รูป (กรณีเพิ่มบริการ)
- 9) ส ำเนาอนุมัติบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จำกสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ
 2. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้
 - 1) ส ำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน และผู้มีอ ำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
 - 2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
 - 3) ส ำเนาทะเบียนบ้านผูขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอ ำนาจลงนาม
 - 4) ส ำเนาบัตรประจ ำตัวผูขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอ ำนาจลงนาม
 - 5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอ ำนาจผูกพันบริษัท หมายเหตุ
 1. ขั้นตอนการด ำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน เรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ
 2. ส ำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอ ำนาจลงนามลงชื่อรับรองส ำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท
 3. กรณีมีการมอบ อ ำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบ อ ำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมเอกสารของผู้มอบ อ ำนาจและผู้รับมอบ อ ำนาจ ช่องทางการให้บริการ

<p>สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1 อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธิตรังสิต 8 กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน</p>	<p>ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทาง ราชการก ำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)</p>
--	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่ว นงานที่ ำบ้ ดชอบ
ระยะเวลาในการดา เนินการรวม : 67 วันทำ กำร

ล ำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่ร ำบ้ ผด ำชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ยื่นค ำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิ ก	1 วันท ำกำร	ส ำนักสถานพยาบาลและ กำรประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา พนักงำนเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงการประกอบ กิจการคลินิก	60 วันท ำกำร	ส ำนักสถานพยาบาลและ กำรประกอบโรคศิลปะ

3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันท ่าการ	ส ่านักงานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
----	--	-----------------	---

4)	- แจ้งผลการพิจารณาให้ ุ้ประกอบกิจการคลินิก	1 วันท ่าการ	ส ่านักงานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
----	---	-----------------	---

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ล าดับ	ชื่อเอกสาร จา นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
-----------	--	----------------------------

1)	บัตรประจำตัวประชาชนผู้มี อายุลงนาม ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
2)	บัตรประจำตัวประชาชนตัว ผู้ด ำเนินการสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
3)	บัตรประจำ ตัวประชาชนของผู้มอบอา นาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
4)	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับ มอบอา นาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
5)	ทะเบียนบ ำ นผู้ประกอบกิจการที่เป็นผู้มี อายุลงนาม ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
6)	ทะเบียนบ ำ นผู้ปฏิบัติงาน ฉบับจริง 0 ฉบับ ส ำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
7)	ค ำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล ส.พ.16 ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
8)	แผนทีแ่แสดงที ั้งของสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	-
9)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
10)	ใบแสดงความจ ำนางเป็นผูู้ ฎิบ้ดงาน ตามแบบ ส.พ.6 ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
11)	รูปถ่ายของผูู้ ฎิบ้ดงาน ขนาด 8 x 13 ซม. จ ำนวน 1 รูป ถ ำยไว้ ไม่นเกิน 1 ปี (กรณีเพิ่มบริ การ) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
12)	หนังสือรับรองการจดทะเบียนมีวัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงนาม แทนนิติบุคคล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
13)	ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจลงนามและผูกพันบริษัท ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	-
14)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ8) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
15)	แผนผังแสดงลักษณะภายในอาคารสถานที่เปลี่ยนแปลงหรือ เพิ่มเติม ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	-
16)	หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (ส าเนาสัญญาเช่าหรือ หรือ ส าเนาโฉนด) (ส าเนา 1 ฉบับ) (เซ็นรับรองส าเนาถูกต้อง) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	-
17)	เอกสารอื่นๆ (ฉบับจริง 1 ฉบับ / ส าเนา 1 ฉบับ) 1) ภาพถ่ายสถานพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลง (ฉบับจริง) 2) ทะเบียนบ้านของสถานพยาบาล (ฉบับส าเนาเซ็นรับรองส าเนา ถูกต้อง) 3) เอกสารการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ฉบับส าเนาเซ็นรับรอง ส าเนาถูกต้อง) 4) กรณีมีค่าธรรมเนียมออก มื่อ เอกสารดัง นี้ หนังสือมอบอานาจและ ดัดอากรแสดงมีพร้อมเอกสารของผู้มอบอานาจและผู้รับมอบ อานาจ) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	-
18)	ใบส าคัญการเปลี่ยนชื่อ / ชื่อสกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีขอเปลี่ยนชื่อ สกุล ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
19)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
-------	------------------------	-----------------------------



1)	การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท
----	---------------------------------------	------------------------

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	หน่วยงาน ณ จุด ยื่นคำขอ ส่วนที่ สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ๑ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
2)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ๑ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
3)	ไปรษณีย์ - สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ๑ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
7)	facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online
8)	ศูนย์บริการประชาชน สํานักปลัดสํานักนายกรัฐมนตรี หมายเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ดูปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริต ในภาครัฐ หมายเหตุ: สํานักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สํานักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อําเภอชอพดแวรป่ารงค์ ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ดําบลคลองเกลือ อําเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสําหรับน้กัลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	แบบคําขอเปลี่ย นแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

หมายเหตุ

-

ข้อมูลสําหรับเจ้าหน้าที่



ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: ส่วนที่ ๑ สำนักงานทันตกรรมและทันตกรรมโรคติดเชื้อ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ **ประเภทของงานบริการ:** กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว **หมวดหมู่ของงานบริการ:** อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป พื้นที่ให้บริการ:

ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่ กำหนดระยะเวลา: ไม่มีกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย

ระยะเวลาที่ กำหนดตามกฎหมาย / ข้อก าหนด ฯลฯ: 0.0

ข้อมูลสถิติ ของกระบวนการ:

จำนวนเฉลี่ย ต่อเดือน 0

จำนวนข้อร้องเรียนที่ สิ้นสุด 0

จำนวนข้อร้องเรียนที่ยังไม่ สิ้นสุด

0

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : ส ำนักสถำนพยำบำลและกำรประกอบโรคคิลปะ กระทรวงส่ำธำรณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นค ำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**1. หลักเกณฑ์**

กรณีใบอนุญาตให้ด ำเนินกำรสถำนพยำบำล (สพ.19) สูญห่ำยหรือถูกท ำล่ำยในส่ำระส ำค ำยให้ผู้ด ำเนินกำรแจ้งต่อผู้ชอ อนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตกำยในส่ำมสิบวันนับแต่วันที่ได้รับทรำบกำรสูญห่ำยหรือถูกท ำล่ำยดังกล่าว

2. เงื่อนไข

1) กำรนับระยะเวลำ 21 วันท ำกำร ในกรณีท ำค ำขอหรือเอกส่ำรหลักรัฐำนไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้ำหน้ำที่จจะจัดท ำบันทึกควมบกพร่องของร่ำยกำรเอกส่ำรหรือหลักรัฐำนที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริกำรจะต้องด ำเนินกำรแก้ไข หรือยื่นเอกส่ำรเพิ่มเติมกำยในระยะเวลำที่ก ำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริกำร ละทิ้งค ำขอ

2) กรณีมอบ ำนำจให้บุคคลอื่นมำด ำเนินกำรหรือรับเอกส่ำรแทน ต้องท ำเป็นหนังสือมอบ ำนำจและติดอำกรแสดมปี พร้อมแนบส ำเนำบัตรประจ ำตัวประำณของผู้มอบ ำนำจและผู้รับมอบ ำนำจ และต้องมีข้อควมในใบมอบ ำนำจว่ำ รับมอบ ำนำจสามารถลงน่ำมแทนผู้มอบ ำนำจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่ำย)

3. ค ำขอใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ด ำเนินกำรสถำนพยำบำลสูญห่ำยหรือถูกท ำล่ำยในส่ำระส ำค ำย ส.พ.21 เอกส่ำร หลักรัฐำนที่ต้องยื่น

1) ส ำเนำบัตรประจ ำตัว

2) ส ำเนำภำพถ่ำยทะเบียนบ้ำน

3) รูปถ่ำยขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตร จ ำนวน 2 รูปถ่ำยไม่เกินหนึ่งปี

4) ใบอนุญาตให้ด ำเนินกำรสถำนพยำบำล (กรณี ำรุด)

5) สมุดทะเบียนสถำนพยำบำล

6) เอกส่ำรอื่น ๆ

หมายเหตุ:

ำเนิงำนต้ำมคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลำตั้งแตเจ้ำหน้ำที่ได้รับเอกส่ำรครบถ้วนต้ำมที่ระบุไว้ในคู่มือ และแจ้งผลกำรพิจารณากำยใน 7 วันนับแตวันพิจารณาแล้วเสร็จ **ช่องทางกำรให้บริกำร**

ชั้นตอณกำรต

ประำณเรียบร้อยแล้ว

สถำนที่ให้บริกำร ศูนย์บริกำรธุรกิจสุขภาพ ว ำัน 1 อำค้ำกรมสนบ ำสนุนบริกำรสุขภาพ ถนนส่ำธำรณสุข 8 กระทรวงส่ำธำรณสุข โทรศัพท 0 2193 7059/ติดตอด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ระยะเวลำเปิดให้บริกำร เปิดให้บริกำร วันจันทร ถึง วันศุกร (ยกเว้นวันหยุดททำง ร่ำกำรก ำหนด) ตั้งแตเวลำ 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
--	--

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 21 วันทำการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล และตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ลงทะเบียน มอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา ตรวจสอบทะเบียน บันทึกใบประวัติ บันทึกสมุดทะเบียนสถานพยาบาล	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
4)	- ส่งมอบใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.7)	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
2)	ใบสาคัญการเปลี่ยนชื่อ / ชื่อสกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีขอเปลี่ยนชื่อสกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
3)	คำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ (ส.พ 21) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ

4)	ส าเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
5)	รูปถ่ายขนาด 2.5 X 3 เซนติเมตรจ ำนวน 2 รูปถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี ฉบับจริง 2 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ รูปถ่ายผู้ด ำ เนินกำรสถ ำนพยำบำล	-
6)	ใบอนุญาตให้ด ำ เนินกำรสถ ำนพยำบำล (สพ.19) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณี ำ รุด/ถูกท ำ ล้ำย	ส ำนักสถ ำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคคิลปะ
7)	สมุดทะเบียนสถ ำนพยำบำล (สพ.8) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	ส ำนักสถ ำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคคิลปะ

ล าดับ	ชื่อเอกสาร จ ำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) ี	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
8)	หนังสือแจ้ง ความ (กรณีสูญหาย) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	กองบัญชา ำ กำรต ำ รวจนครบำล
9)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค ำ นำ หน้า ำ นาม ลงนามรับรองส ำ เนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
10)	หนังสือมอบอ ำ นาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมอบ ำ นาจ หนังสือมอบ ำ นาจให้ด ำ ำ รงอ ำ กรแสดมปี	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ไร่/ละ)
-------	------------------------	-----------------------------

1)	ค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม 200 บาท
----	--------------	----------------------

ช่องทางการแจ้งเรียน แฉ น าบริ ก าร

ลำดับ	ช่องทางการแจ้งเรียน / แฉ น าบริ ก าร
1)	หน่วยงาน ณ จุด ยื่นคำ ขอ ส านัก ส ถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริ ก ารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ าเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
2)	กรมสนับสนุนบริ ก ารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนตรี านนท์ อ าเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

	11000
3)	ไปรษณีย์ - ส ำนักส ำถ้ำนพยำบ้ำลและกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริกำรสุขภาพ กระทรวงส ำถ้ำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมำย กรมสนับสนุนบริกำรสุขภาพ กระทรวงส ำถ้ำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
7)	facebook : ส ำรวัตรส ำถ้ำนพยำบ้ำล Online
8)	ศูนย์บริกำรประำถ้ำน ส ำนักปลัดส ำ นักน่ำยกรัฐมนตรื หมำยเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / ส ำยถว่น 1111 / www.1111.go.th / ตู ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนกำรทุจริต ในภำครฐ หมำยเหตุ: ส ำนักงำนคณะกรรมกำรป้องกันและปรำบปรำมกำรทุจริตในภำครฐ (ส ำนักงำน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อ ำค้ำรชอพดแ ำวรป ำรค ำ ั้่น 2 ถนนแจ้จวฒั นะ ต ำบลคคองเกลือ อ ำเภอปำกเกร็ด จังหวัตนนทบุรี 11120 - ส ำยถว่น 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ตอ 1900 , 1904- 7 / โทรส ำร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนส ำ หรับน ำกั้ลงทุนต ำง ำติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ล ำ ด ำ บ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	แบบค ำขอรับใบแทนใบอนญำตกรณืใบอนญำตให้ด ำเนินกำรส ำถ้ำนพยำบ้ำลสุญห ำยหรือถูก ท ำล ำยในส ำระส ำค ำญ (ส.พ.21)

หมายเหตุ

-

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ: กำรขอรับใบแทนใบอนญำตให้ด ำเนินกำรคลินิก

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: ส ำนัก ส ำถ้ำนพยำบ้ำลและกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริกำร
 ำรสุขภาพ **ประเภทของงานบริการ:** กระบวนงำนบริกำรที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดย์ ว หมดหมู่ของงำนบริกำร:
อนญำต/ออกใบอนญำต/รับรอง กฎหมำยที่ให้อ ำน ำจการอนญำต หรือที่เกยี่ วข ำง :

1)พ.ร.บ. ส ำถ้ำนพยำบ้ำล พ.ศ. 2541 และท ำกั้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และกฎกระทรวง
 ประก ำศระเบียบที่ออกต ำม พ.ร.บ ส ำถ้ำนพยำบ้ำล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป พื้นที่ให้บริการ:

ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: ไม่มีกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อตกลง: 0.0

ข้อมูลสถิติของกระบวนการ:

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนข้อร้องเรียนที่ร้องเรียน 0

จำนวนข้อร้องเรียนที่ยังไม่ร้องเรียน 0

0

คู่มือสำหรับประชาชน : การแสดงความ

นางเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสาธารณสุขและกรมประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์วิธีการเงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

ผู้ที่ประสงค์จะประกอบกิจการคลินิกแทนกรณีผู้รับอนุญาตตาย ให้ยื่นหนังสือแสดงความ
นางต่อผู้อนุญาตตามแบบค ำขอ หนังสือแสดงความ
นางเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14) ให้ผู้อนุญาตภายใน
สามสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย

2. เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลา 21 วันท ำการ ในกรณีที่ค ำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน
และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดท
ำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องด
ำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่ก ำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ
ละทิ้งค ำขอ

2) กรณีมอบอ ำนาจให้บุคคลอื่นมาด ำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องท ำเป็นหนังสือมอบอ
ำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบส ำเนาบัตรประจ ำตัวประชาชนของผู้มอบอ
ำนาจและผู้รับมอบอ ำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอ ำนาจว่า ผู้รับมอบอ
ำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอ ำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

3. แบบค

นางเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย ำขอหนังสือแสดงความ
รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้ (สพ.14)

1) ส ำเนาบัตรประชาชน

2) ส ำเนาทะเบียนบ้าน

3) ส ำเนาใบมรณะบัตรของผู้อนุญาต

4) ใบรับรองแพทย์

5) ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

- 6) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 7) ส ำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- 8) ส ำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอ ำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

หมายเหตุ:

ขั้นตอนการด

ำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธิตสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ชั้น 1	ระยะเวลาเปิดให้บริการ , เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่างราชการก ำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
--	--------	--

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่ว นงานที่ ำบิ ดชอบ
ระยะเวลาในการดา เนินการรวม : 21 วันทำ กำร

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผลิต ชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นค ำขอและเอกสารประกอบค ำขอ/เจ้าหน้าที่ บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ลงทะเบียนมอบ ใบช ำระค ำ ั ธรรมเนียม	1 วัน	ส ำนักส ำถ ำนพ ย ำบ ำลและก ำรประก อบโรคศลิ ณะ
2)	การพิจารณา ตรวจสอบทะเบียน บันทึ กใบประวัติ ิ บันทึ กสมุด	14 วันท ำก ำร	ส ำนักส ำถ ำนพ ย ำบ ำลและก ำรประก อบโรคศลิ ณะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันท ำก ำร	ส ำนักส ำถ ำนพ ย ำบ ำลและก ำรประก อบโรคศลิ ณะ
4)	- ส่งมอบใบอนุญาตให้ประกอบกจิ ก ำรส ำถ ำนพ ย ำบ ำล (สพ.7)	1 วันท ำก ำร	ส ำนักส ำถ ำนพ ย ำบ ำลและก ำรประก อบโรคศลิ ณะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จา นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) ี	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำ ตัว ประชาชน ฉบับจริง 0 ฉบับ ส ำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ 1. ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอ ำนำจ ต้องมีส ำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอ ำนำจ (ผู้มีอ ำนำจลงชื่อ แทนนิติบุคคลทุกคน) และผูรั ับมอบอ ำนำจที่ลงนาม เรียบร้อย ครบถ้วน	กรมก ำรปกค รอง
2)	หนังสือรับรองนิติบุคคล ฉบับจริง 0 ฉบับ ส ำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ส ำ เน้าหนังสือรับรองจดทะเบียน วัตถุประสงค ์ และผู้มี อ ำนำจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล) ลงนามรับรองส ำเนา ถูกต้อง	กรมพัฒ นาธ รุ กจิ ก ำรค ำ
3)	หนังสือแสดงความจ ำนงเพนี ผู้รับใบอนุญาตใหม่ ะกอบกจิ ก ำร ส ำถ ำนพ ย ำบ ำลกรณีผูรั ับอนุญาตตาย (สพ.14) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนา 0 ฉบับ	ส ำนักส ำถ ำนพ ย ำบ ำลและก ำรประก อบโรคศลิ ณะ
4)	ใบอนุญาตใหม่ ะกอบกจิ ก ำรส ำถ ำนพ ย ำบ ำล (สพ.7) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนา 0 ฉบับ	ส ำนักส ำถ ำนพ ย ำบ ำลและก ำรประก อบโรคศลิ ณะ

5)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.8) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
6)	ทะเบียนบ้าน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ของผู้แสดงความจำนง และลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
7)	ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ของผู้แสดงความจำนง มีอายุไม่เกิน 6 เดือน	-
8)	ใบมรณะบัตรของผู้รับอนุญาต ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
9)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ของผู้แสดงความจำนง ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	-
10)	หนังสือมอบอำนาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบอำนาจให้ติดอากรแสตมป์	-
11)	ใบสาคัญการเปลี่ยนชื่อ / ชื่อสกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีขอเปลี่ยนชื่อ สกุล ลงนามเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
12)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค่านาหน้า นำมาลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
13)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการกงสุล



ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
-------	------------------------	-----------------------------

กรณีสืบค้นข้อมูล

1)	ค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม บาท
----	--------------	------------------

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
-------	-----------------------------------

1)	หน่วยงาน ณ จุด ยืนคำ ขอ ส ำนัก สำนั กย ำย ำบ ำล และกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริ กิ ำรสุขภาพ กระทรวงส ำธ ำรณสุข ถนนติว ำนนท์ อ ำเภอมืออง จังหวั ดนนทบุรี 11000
2)	กรมสนับสนุนบริ กิ ำรสุขภาพ กระทรวงส ำธ ำรณสุข ถนนติว ำนนท์ อ ำเภอมืออง จังหวั ดนนทบุรี 11000
3)	ไปรษณีย์ - ส ำนักส ำณ ำย ำบ ำล และกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริ กิ ำรสุขภาพ กระทรวงส ำธ ำรณสุข ถนนติว ำนนท์ อ ำเภอมืออง จังหวั ดนนทบุรี 11000
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหม ำย กรมสนับสนุนบริ กิ ำรสุขภาพ กระทรวงส ำธ ำรณสุข ถนนติว ำนนท์ อ ำเภอมืออง จังหวั ดนนทบุรี 11000
5)	อีเมลล์ mrdonline2014@gmail.com
ล ำดับ	ช่องทางการร ำงเรียน / แะน ำบริ กิ ำร
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
7)	facebook : ส ำรวัตรส ำณ ำย ำบ ำล Online
8)	ศูนย์บริ กิ ำรประข ำชน ส ำนักปลัดส ำ นั กน ำยกรัฎฐมนตรี หม ำยเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณโลก เขตดุสดี กทม. 10300 / ส ำยตว ำน 1111 / www.1111.go.th / ตู ำปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณโลก เขตดุสดี กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่ อ ร ำงเรียนกำรทุจริต ในภ ำครัฎฐ หม ำยเหตุ: ส ำนั กย ำน คณะกรร มกำรปองกั นและปร ำบปร ำมกำรทุจริตในภ ำครัฎฐ (ส ำนั กย ำน ป.ป.ท.) - 99 หมู 4 อ ำค ำรชอ ฟดแ ำว ำรป ำรค ชั้น 2 ถนนแจ้ งว ำด น ำ ต ำบ ลค ลองเกสิ อ ำเภอปากเกร็ด จังหวั ดนนทบุรี 11120 - ส ำยตว ำน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ตอ 1900 , 1904- 7 / โทรส ำร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่ อ ร ำงเรียนส ำ หรับน กั ลงทุนต ำงข ำติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

แบบฟอร์ม ตวั อย่างและค มู ำการกรอก

ล ำดับ	ชื่ อแบบฟอร์ม
1)	หนังสือแสดงคว ำมจ ำนงเป็นผุ ำ บอ ำนุญาตให้ประกอบกั จกำรส ำณ ำย ำบ ำลกรณั ผุ ำ บอ ำนุญาตต ำย (สพ.14)

หม ำยเหตุ

-

ข ำมูลส ำ หรับเจ ำหน ำที่

ชื่อกระบวนการ: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: ส่วนที่ ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาตหรือที่เกี่ยวข้อง:

1)พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และกฎกระทรวงประกาศระเบียบที่ออก ตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป **พื้นที่ให้บริการ:** ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่: กำหนดระยะเวลา: ไม่มีกำหนด
กำหนดระยะเวลาในกฎหมาย ระยะเวลาที่ กำหนดตามกฎหมาย / ข้อ
กำหนด ฯลฯ: 0.0

ข้อมูลสถิติ

ชื่อของกระบวนการ:

จำนวนเฉลี่ย

ต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มี

จำกัด 0

จำนวนคำขอที่มี

จำกัด 0

คู่มือสำหรับประชาชน : การแจ้งเลิก คลินิก หน่วยงานที่ให้บริการ : ส ำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นค ำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

มาตรา 44 ผู้รับอนุญาตผู้ใดประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล ต้องแจ้งเป็นหนังสือและจัดท ำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้า ไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ก ำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อได้รับแจ้งตามวรรคหนึ่ง ผู้อนุญาตมีอ ำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตต้องปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดก่อนเลิกกิจการก็ได้ ทั้งนี้ โดยให้พิจารณาถึงประโยชน์ และส่วนได้เสียของผู้ป่วยในสถานพยาบาลนั้นเป็นส ำคัญ

2. วิธีการ

- 1) ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ ระสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล ให้แจ้งเป็นหนังสือตามแบบค ำ ขออนุญาตเลิกกิจการสถานพยาบาลให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน
- 2) พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล
- 3) ผู้อนุญาตพิจารณาการแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ลงบันทึกการแจ้งเลิกกิจการลงในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ด ำเนินการ และสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3. เงื่อนไข

- 1) การันนระยะเวลา 7 วันท ำการ ในกรณีที่เกิด อ ำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุ ให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดท ำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้อง ด ำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่ก ำหนดในวันทัก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งค ำขอ
- 2) กรณีมอบอ ำนาจให้บุคคลอื่นมาด ำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องท ำเป็นหนังสือมอบอ ำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบส ำเนาบัตรประจ ำตัวประชาชนของผู้มอบ อ ำนาจและผู้รับมอบ อ ำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบ อ ำนาจว่า ผู้รับมอบ อ ำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบ อ ำนาจในวันทักให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

4. ช่องทาง

- 1) การยื่นแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ให้ยื่นเรื่องที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- 2) มีเอกสารครบถ้วน คือ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ด ำเนินการและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

5. ให้ยื่นแบบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.17) พร้อมรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

- 1) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 2) ใบอนุญาตให้ด ำเนินการ
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

หมายเหตุ: ขั้นตอนการด ำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1 อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธิตราษฎร์ 8 กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทาง รักษากรก ำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
--	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่ว นงานหรือ ับผิดชอบ
 ระยะเวลาในการดา เนินการรวม : 7 วันท ำการ

ล าดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผิด ชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นค ำขอแจ้ง เลิกกิจการสถานพยาบาล/ ตรวจสอบเอกสารหลักฐานครบถ้วน /มอบส ำเนาหนังสือแจ้งเลิก กิจการ (สพ.17)	1 วันท ำการ	ส ำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา ตรวจสอบเอกสารหลักฐานครบถ้วน	2 วันท ำการ	ส ำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ ผู้อนุญาตลงนาม	3 วันท ำการ	ส ำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
4)	- แจ้งเลิกกิจการ (สพ.17)	1 วันท ำการ	ส ำนักสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ล าดับ	ชื่อเอกสาร จา นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) ี	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำ ตวั ประชาชน ฉบับจริง 0 ฉบับ ส ำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ 1.ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอ ำนาจ ต้องมีส ำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอ ำนาจ (ผู้มีอ ำนาจลงชื่อ แทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้ ับมอบอ ำนาจที่ลงนาม เรียบร้อย ครบถ้วน	กรมการปกครอง

2)	หนังสือรับรองนิติบุคคล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลต้องประทับตราติดนิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาทุกคน	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
3)	ค าขอหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล(สพ.17) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
4)	ใบอนุญาตใหม่ ระกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
5)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
6)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.8) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
7)	หนังสือมอบอำนาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบอำนาจให้ติดอากรแสตมป์	-
8)	ใบสาคัญการเปลี่ยนชื่อ / ชื่อสกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีขอเปลี่ยนชื่อสกุล ลงนามเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
9)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค่านำหน้านาม ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
10)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการกงสุล

ค่าธรรมเนียม

ล	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
---	------------------------	-----------------------------



ลำดับ		
1)	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แชนแนลบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แชนแนลบริการ
1)	หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ ส่วนที่ สถานีอนามัยและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
2)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
3)	ไปรษณีย์ - ส่วนที่ สถานีอนามัยและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แชนแนลบริการ
7)	facebook : สารวัตรสถานีอนามัย Online
8)	ศูนย์บริการประชาชน ส่วนที่ กปัดสำ นักนายกรัฐมนตรี หมายเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริต ในภาครัฐ หมายเหตุ: ส่วนที่ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารชอพดอว์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตําบลคลองเกลือ อําเภอบางเขน กรุงเทพมหานคร 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	แบบคําขอหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานีอนามัย (ส.พ.17)



หมายเหตุ

-

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ: การแจ้งเลิกคลินิก

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: ส่วนทันตกรรม สถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง กฎหมายที่เกี่ยวข้อง: านาจัดการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1)พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป พื้นที่ให้บริการ:

ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: ไม่มีกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ: 0.0

ข้อมูลสถิติของกระบวนการ:

จำนวนเฉลี่ย ต่อเดือน 0

จำนวนข้อร้องเรียน/ข้อทักท้วง 0

จำนวนข้อร้องเรียน/ข้อทักท้วงที่ยังไม่แล้วเสร็จ 0

0

คู่มือสำหรับประชาชน : การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก
หน่วยงานที่ให้บริการ : ส ำนักสถำนพยำบำลและกำรประกอบโรคคิลปะ
กระทรวงส่ำธำรณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

- 1) ตามกฎหมาย ำหนดให้ผู้รับอนุญาตต้องช ำระค่าธรรมเนียมการประกอบกำรศถำนพยำบำลรำยปีกำยในว้นที่ 31 ธันวาคม ของทุกปี ให้ยกเว้นส ำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและส ำหรับปีที่ได้รับการต่ออำยใบอนุญาต ตลอดเวลำที่ยังประกอบกำร กำไม่ช ำระกำยในเวลำที่กำหนดให้ช ำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้ำต่อเดือน ถ้ายังไม่ยินยอมช ำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจำก ำหนด หกเดือน ให้พนักงานเจ้ำหน้ำที่มื่อ ำนำส่งให้ ผู้รับอนุญาต ำเนนกำรตำมมำตรำ 49 ให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องกำยใน ระยะเวลำที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้ำงคว่ำมผิดตำมพระรำชบัญญัตินี้
- 2) ผู้ประกอบกำรศถำนพยำบำลสำมารถยื่นค ำขอช ำระค่าธรรมเนียมได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี

2. เงื่อนไข

- 1) กำรนับระยะเวลา 1 ชั่วโมง กำร ในกรณีที่เกิด ำขอหรือเอกสำรหลักรฐำนไม่ครบถ้วน และ/หรือมื่คว่ำมบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สำมารถพิจารณาได้ เจ้ำหน้ำที่จะจัดท ำบันทึกคว่ำมบกพร่องของรำยกำรเอกสำรหรือหลักรฐำนที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้อง ำเนนกำรแก้ไข หรือยื่นเอกสำรเพิ่มเติมกำยในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งค ำขอ
- 2) กรณีมอบ ำนำงให้บุคคลอื่นมำด ำเนนกำรหรือรับเอกสำรแทน ต้องท ำเป็นหนังสือมอบ ำนำงและติดอำครแสดมปี พร้อมแนบส ำเนำบัตรประจำ ำตัวประชาชนของผู้มอบ ำนำงและผู้รับมอบ ำนำงและต้องมีข้อคว่ำมในใบมอบ ำนำงว่ำ ผู้รับมอบ ำนำงสำมารถลงน่ำมแทนผู้มอบ ำนำงในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่ำย)

หมายเหตุ: ขั้นตอนกำรด ำเนนงำนตำมคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้ำหน้ำที่ได้รับเอกสำรครบถ้วนตำมที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลกำรพิจารณากำยใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนส่ำธำรณสุข 8 กระทรวงส่ำธำรณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ชั้น 1	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดทห้ำง รำชกำรกำ ำหนด) ตั้งแต่เวลำ 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	--------	--

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่ว นงำนที่ ำบผิดชอบ
ระยะเวลาในการดำ เนนกำรรวม : 1 ชั่วโมง

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผิด ชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นค ำขอและเอกสารประกอบค ำขอ	5 นาที	ส ำนักส ำถ ำนพ ำย ำบ ำลและ ก ำรประก อบโรคคิลปะ
2)	การพิจารณา เจ ำหน้ำที่บนั้ ทกั้ ข ำมูลและ ตรวจสอบเอกส ำรหลั กฐ ำน ล งทะเบียงมอบใบช ำระค ำ ั ธรรมเนียง	30 นาที	ส ำนักส ำถ ำนพ ำย ำบ ำลและ ก ำรประก อบโรคคิลปะ
3)	การพิจารณา ยื่นเอกส ำรขอช ำ ระเงิน	5 นาที	ส ำนักส ำถ ำนพ ำย ำบ ำลและ ก ำรประก อบโรคคิลปะ
4)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ ผู้อนุญาตลงนามใน สพ.12	10 นาที	ส ำนักส ำถ ำนพ ำย ำบ ำลและ ก ำรประก อบโรคคิลปะ
ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผิด ชอบ
5)	- รับ สพ.12และสมุดทะเบียน	10 นาที	ส ำนักส ำถ ำนพ ำย ำบ ำลและ ก ำรประก อบโรคคิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จา นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำ ตัว ประชาชน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ 1.ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบ ำนำจ ต้องมีส ำเนาบัตรประจำช นของผู้มอบ ำนำจ (ผู้มี ำนำจลงชื่อ แทนนิตินค ุ คลทุกคน) และผู้ ำบมอบ ำนำจที่ลงนาม เรียบร้อย ครบถ ำน	กรมก ำรปกครอง
2)	หนังสือรับรองนิตินค ุคล ฉบับจริง 0 ฉบับ ส ำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีผู้มอบ ำนำจเป็นนิตินค ุคค ลด ำง ประท ำบตร ำนติ นิตินค ุคค ล และผู้มี ำนำจลงชื่อแทนนิตินค ุคค ล ลงนามรับ รวองส ำเนาถูกต้อง	กรมพัฒ นำธ รุ กจิ ก ำรค ำ
3)	ค ำขอช ำระค ำ ั ธรรมเนียงส ำถ ำนพ ำย ำบ ำลประจ ำ ปี ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนา 0 ฉบับ	ส ำนักส ำถ ำนพ ำย ำบ ำลและ ก ำรประก อบโรคคิลปะ
4)	ใบอนุญาตประก อบกจิ ก ำรส ำถ ำนพ ำย ำบ ำล (สป.7) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนา 0 ฉบับ	ส ำนักส ำถ ำนพ ำย ำบ ำลและ ก ำรประก อบโรคคิลปะ

5)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.8) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	ส ำนักสถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคคิลปะ
6)	รายงานประจำปี (สพ.23) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	ส ำนักสถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคคิลปะ
7)	หนังสือมอบอ นาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมอบ อำนำจ หนังสือมอบ อำนำจให้ ิตำกรแสดมปี	ส ำนักสถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคคิลปะ
8)	ใบส ำคณำกำรเปลี่ยนชื่อ / ชื่อ สกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีขอเปลี่ยนชื่อ สกุล ลงน่ำมเข้รับรองส ำนำถูกด้อง	กรมกำรปกครอง
9)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค ำนำ หน้า ำน่ำม ลงน่ำมรับรองสำ เนำถูกด้อง	กรมกำรปกครอง

ล ำดับ	ชื่อเอกสาร จำ นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) ี	หน่วยงานภำครัฐผู้ออกเอกสาร
10)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นข่ำวต้ำงข่ำติ ลงน่ำมรับ ครงส ำนำถูกด้อง	กรมกำรงงสลุ
11)	แบบประเมินมำตรฐำนกำรปฏิบัติตำมกฎหมายว่ำ ดวั ย สถำนพยำบำลในสถำนพยำบำลประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่ว ยไว้ค้ำงคีน (Self- Assessment) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนา 0 ฉบับ	ส ำนักสถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคคิลปะ

ค้ำธรรมเนียม

ล ำดับ	รายละเอียดค้ำ ธรรมเนียม	ค้ำธรรมเนียม (บำท / ร้อยละ)
-----------	-------------------------	-----------------------------



1)	ค่าธรรมเนียมประจำปี	ค่าธรรมเนียม 500 บาท
----	---------------------	----------------------

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำ บริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำ บริการ
1)	หน่วยงาน ณ จุด ยื่นคำ ขอ ส ำนัก ส ำนักส ำนักโรงพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
2)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
3)	ส่งไปรษณีย์ - ส ำนักส ำนักส ำนักโรงพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

การ
รับ
การ
จะ
การ
รับ
ม
นี้
ม
ค
ค

4)	ส่งไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
5)	E-mail : mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
7)	facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online
8)	ศูนย์บริการประชาชน สํานักปลัดสํานักนายกรัฐมนตรี หมายเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริต ในภาครัฐ หมายเหตุ: สํานักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สํานักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารขอฟดแอร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตําบลคลองเกลือ อําเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสําหรับกึ่งกลางต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ล าดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	คําขอขําระคํารณนิยมสํานักพยาบาลประจําปี
2)	รายงานประจําปี (สพ.23)

หมายเหตุ

-

ข้อมูลสําหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนงาน: การขําระคํารณนิยมคลินิก

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนงาน: สํานัก สํานักพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สํานัก สํานักพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ประเภทของงานบริการ: กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง กฎหมายที่ให้อํานาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1)พ.ร.บ. สํานักพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบท
่ออกตาม พ.ร.บ. สํานักพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป พื้นที่ให้บริการ:

ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: ไม่มีกำหนด ำหนดระยะเวลาตามกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อก ำหนด ฯลฯ: 0.0

ข้อมูลสถิติ ของกระบวนการงาน:

จำนวนเฉลี่ย ต่อเดือน 0
จำนวน ำขอที่มี
ำกทสี่ ุด 0 จำนวน
ำขอที่ ำยทสี่ ุด 0

คู่มือส ำหรับประชาชน :

การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : ส ำนักสถานพยาบาลและกำรประกอบโรคศิลปะ กระทรวงส ำธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธี การ เงื่อนไข (ถ ำ มี) ในการยื่นค ำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

- 1) เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล
- 2) เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต
- 3) เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ต ำบล หรือแขวง อ ำเภอหรือเขต จังหวัด
- 4) เปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ
- 5) เปลี่ยนแปลงเวลาท ำกำร

6) อื่นๆ

2.เงื่อนไข

1) กำรนับระยะเวลา 21 วันท ำกำร ในกรณีทีค ำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดท ำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้อง ำเนนกำรแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาทีก ำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งค ำขอ

2) กรณีมอบ ำนำงให้บุคคลอื่นมาด ำเนนกำรหรือรับเอกสารแทน ต้องท ำเป็นหนังสือมอบ ำนำงและติดำกรแสดงมปี พร้อมแนบส ำเนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบ ำนำงและผู้รับมอบ ำนำงและต้องมีข้อความในใบมอบ ำนำงว่า ผู้รับมอบ ำนำงสามารถลงนามแทนผู้มอบ ำนำงในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

3.วิธีการ

- 1) ผู้ประกอบกิจการยื่นค ำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก ณ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- 2) พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงส ำธารณสุข ตรวจสอบการขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก



3) ผู้อนุญาตพิจารณาคำขออนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/ลงบันทึกในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

4) ส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก

ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาตพร้อมข าระคำธรรมเนียมที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

4.ให้ยื่นแบบค ำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.10)

1.กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- 1) ส ำเนาบัตรประจ ำตัวผู้ประกอบกิจการ
- 2) ส ำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 4) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 5) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
- 6) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

2. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

- 1) ส ำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน (มีอายุไม่เกิน 6 เดือน) และผู้มีอ ำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
- 2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 3) ส ำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอ ำนาจลงนาม
- 4) ส ำเนาบัตรประจ ำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอ ำนาจลงนาม

5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอ ำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ: ขั้นตอนการค ำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ ช่องทางการให้บริการ

<p>สถานที่ให้บริการ</p> <p>ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1 อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธารณสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน</p>	<p>ระยะเวลาเปิดให้บริการ</p> <p>เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทาง ราชการก ำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)</p>
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่ว นงานที่ ับผิดชอบ ระยะเวลาในการดา เนินการรวม : 21 วันทำ ก ำ

ล ำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผิด ชอบ
--------	---------	----------	--------------------

1)	การตรวจสอบเอกสาร ยื่นค ำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาล	1 วันท ำการ	ส ำนักรสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา ตรวจสอบเอกสาร	14 วันท ำการ	ส ำนักรสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต ำต	5 วันท ำการ	ส ำนักรสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
4)	- แจ้งผลการพิจารณาให้ฝ ู้ประกอบกิจการคลินิก	1 วันท ำการ	ส ำนักรสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ



รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
-------	---	----------------------------

1)	บัตรประจำตัว ผู้ประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
----	---	--------------

2)	ค าขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตใหม่ ครอบคลุมกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.10) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	ส ำนักสถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคศึลปะ
3)	ส ำเนำหะเบ็ยนบ้ำนผู้ประกอบกำร ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมำยเหตุ ลงน่ำมรับรongs ำเนำถูกต้อง	กรมกำรปกครอง
4)	สมุดหะเบ็ยนสถำนพยำบำล(ส.พ.8) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนำ 0 ฉบับ	ส ำนักสถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคศึลปะ
5)	ใบอนุญาตใหม่ ครอบคลุมกำรสถำนพยำบำล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนำ 0 ฉบับ	ส ำนักสถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคศึลปะ
6)	กรณี ำรเปลี่ย นชื่อด้ว ชื่อสกุล ของผู้ ำใบอนุญาต(ให้แนบเอกสร) ฉบับจริง 0 ฉบับ ส ำเนำ 1 ฉบับ หมำยเหตุ ลงน่ำมรับรongs ำเนำถูกต้อง	กรมกำรปกครอง
7)	กรณี ำรเปลี่ย นเลขที่ด้ง ชื่อถนน ต ำบล หรือ แขวง อ ำเภอหรือ เขต จง ำหวัด (ให้แนบเอกสร) ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมำยเหตุ ลงน่ำมรับรongs ำเนำถูกต้อง	กรมกำรปกครอง
8)	กรณีเปลี่ยนชื่อ สถำนพยำบำล (ให้แนบเอกสร) ฉบับจริง 0 ฉบับ ส ำเนำ 1 ฉบับ หมำยเหตุ ลงน่ำมรับรongs ำเนำถูกต้อง	ส ำนักสถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคศึลปะ
9)	หนังสือแสดงควำมจ ำนงเปนี ผู้ปฏิบัติ ำนในสถำนพยำบำลของผู้ ประกอบวิชำชีพ (แบบส.พ.6) พร้อมเอกสรแนบ ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนำ 1 ฉบับ หมำยเหตุ กรณีขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชำชีพ ผู้ประกอบโรคศึล ปะ หรือผู้ได้รับวุฒ บั ัตร หรืออนุมัติบั ัตร ทุกรำย	ส ำนักสถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคศึลปะ
10)	หนังสือมอบอำ นำจ ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ หมำยเหตุ กรณีมอบ ำนำจ หนังสือมอบ ำนำจให้ ิตำกรแสดงมปี	-
11)	หนังสือเดินทำง ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมำยเหตุ กรณีเป็นขำวต้ำงขำติ ลงน่ำมรับ รongs ำเนำถูกต้อง	กรมกำรกงสล

ล	ชื่อเอกสร จำ นวน และรำยละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภำครัฐผู้ออกเอกสร
---	---	---------------------------

ลำดับ		
12)	หนังสือรับรองนิติบุคคล ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ สำ เน้าหนังสือรับรองจดทะเบียน วัต ฎประสงค์ และผู้มีอ ำนาจ ลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล) ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมพัฒนาธุรกิจ กิจ ก ำรค้ำ

ค่าธรรมเนียม

ล ลำดับ	รายละเอียดค ำ ธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต หมายเหตุ: กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ต ำบล หรือแขวง อ ำเภอ หรือเขต ผู้รับอนุญาตไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง	ค่าธรรมเนียม 100 บาท
2)	ใบแทนใบอนุญาต	ค่าธรรมเนียม 200 บาท

ล ลำดับ	ช่องทางการอ ำเรียน / แนะนำ บร กิจ ำร
1)	หน่วยงาน ณ จุด ยื่นค ำ ขอ ส ำนัก ส ำถ ำนพ ำย ำบ ำล และ ก ำร ประ กอบ โร ค คี ล ิ ปะ กรม ส ำ น ุ น บ ริ ก ำ ร ำ ร ส ุ ข ภ ำ พ ั ะ ท ร ว ง ส ำ ถ ำ ร ณ ส ุ ข ถ น น ตี ว ำ น น ท ำ อ ำ เ ก อ เมื อ ง จ ำ ง ห วั ด น น ท บ ุ ร ี 11000
2)	กรม ส ำ น ุ น บ ริ ก ำ ร ส ุ ข ภ ำ พ ั ะ ท ร ว ง ส ำ ถ ำ ร ณ ส ุ ข ถ น น ตี ว ำ น น ท ำ อ ำ เ ก อ เมื อ ง จ ำ ง ห วั ด น น ท บ ุ ร ี 11000
3)	ไปรษณีย์ - ส ำ น ำ ก ส ำ ถ ำ น พ ำ ย ำ บ ำ ล และ ก ำร ประ กอบ โร ค คี ล ิ ปะ กรม ส ำ น ุ น บ ริ ก ำ ร ส ุ ข ภ ำ พ ั ะ ท ร ว ง ส ำ ถ ำ ร ณ ส ุ ข ถ น น ตี ว ำ น น ท ำ อ ำ เ ก อ เมื อ ง จ ำ ง ห วั ด น น ท บ ุ ร ี 11000
4)	ไปรษณีย์ - ก อ ง ก ฎ ห ม ำ ย กรม ส ำ น ุ น บ ริ ก ำ ร ส ุ ข ภ ำ พ ั ะ ท ร ว ง ส ำ ถ ำ ร ณ ส ุ ข ถ น น ตี ว ำ น น ท ำ อ ำ เ ก อ เมื อ ง จ ำ ง ห วั ด น น ท บ ุ ร ี 11000
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
7)	facebook : ส ำ ร วั ต ร ส ำ ถ ำ น พ ำ ย ำ บ ำ ล Online
8)	ศูนย์บริการประชาชน ส ำ น ำ ก ปล ำ ต ส ำ น ำ ก น ำ ย ก รั ฐ ม น ต ร ี หมายเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / ส ำ ย ต วั น 1111 / www.1111.go.th / ต ุ ป ๓.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300

ช่องทางการอ ำเรียน แนะนำ บร กิจ ำร

9)	<p>ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริต ในภาครัฐ หมายเหตุ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH</p> <p>ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com</p>
----	--

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.10)

หมายเหตุ

-

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: ส่วนกึ่ง สถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการ
ารสุขภาพ ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว **หมวดหมู่ของงานบริการ:**
อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1) พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 และกฎกระทรวง
ประกาศระเบียบที่ ออกตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป **พื้นที่ให้บริการ:** ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่ ำหนดระยะเวลา: ไม่มีการก
ำหนดระยะเวลาในกฎหมาย ระยะเวลาที่ ำหนดตามกฎหมาย / ข้อก ำหนด ฯลฯ:
0.0

ข้อมูลสถิติ ของกระบวนการ:

จำนวนเฉลี่ย ต่อเดือน 0

จำนวนค ำขอที่มี

ำกทสี่ ุด 0 จำนวนค

ำขอทสี่ ุด 0

คู่มือส ำหรับประชาชน : การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ด ำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : ส่วนกึ่งสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธี การ เงื่อนไข (ถ้ำมี) ในการยื่นค ำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์ ผู้ด ำเนินการสถานพยาบาลประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้

ำเนินการสถานพยาบาล ได้ดังนี้

1) การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล

2) การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ด ำเนินการ

3) การเปลี่ยนชื่อถนน ต ำบลหรือแขวง อ ำเภอหรือเขต จังหวัด

4) การเปลี่ยนแปลงวัน เวลา ที่ให้บริการ

2. วิธีการ

1) ผู้ด ำเนินการสถานพยาบาลยื่นค ำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้
ำเนินการสถานพยาบาล

2) พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการ ำரசสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ตรวจสอบการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ให้ด ำเนินการสถานพยาบาล

3) ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตฯ / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

3. เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลา 21 วันท ำการ ในกรณีที่ค ำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์
เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดท

ำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้อง ำเนื่งการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่ก ำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งค ำขอ

2) กรณีมอบอ ำนาจให้บุคคลอื่นมาด ำเนื่งการหรือรับเอกสารแทน ต้องท ำเป็นหนังสือมอบอ ำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบส ำเนาบัตรประจ ำตัวประชาชนของผู้มอบอ ำนาจและผู้รับมอบอ ำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอ ำนาจว่า ผู้รับมอบอ ำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอ ำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

3) ช่องทาง

ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ด ำเนื่งการสถานพยาบาล ให้ยื่นเรื่องที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

การตรวจสอบการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ด ำเนื่งการสถานพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

การส่งใบอนุญาตที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ด ำเนื่งการสถานพยาบาล ให้กับผู้ด ำเนื่งการสถานพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร รับใบอนุญาตพร้อมช ำระค่าธรรมเนียมที่ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

4.ค ำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้ด ำเนื่งการสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว (แบบ สพ.22) รายการ เอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

- 1) ส ำเนาบัตรประจ ำตัวผู้ด ำเนื่งการ
- 2) ส ำเนาทะเบียนบ้านผู้ด ำเนื่งการ
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 4) ใบอนุญาตให้ด ำเนื่งการสถานพยาบาล
- 5) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
- 6) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ:

ขั้นตอนการด

ำเนื่งงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธารณสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ชั้น 1	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่่าง ราชการก ำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.
--	--------	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่ว ้งงานที่ ับผิดชอบ
ระยะเวลาในการดา เน้นการรวม : 21 วันทำ ก้าร

ล าดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผิด ชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ยื่นค ำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงร่ายก้ารใบอนุญาตให้ด้ ำเนิ ก้าร ส ถ้าณพย้าบ้ล	1 วันท ำก้าร	ส ำนักส ถ้าณพย้าบ้ลและ ก้ารประกอบโรคคิลปะ
2)	การพิจารณา ตรวจสอบเอกสาร	14 วันท ำก้าร	ส ำนักส ถ้าณพย้าบ้ลและ ก้ารประกอบโรคคิลปะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมก้ารมมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนญ ำต	5 วันท ำก้าร	ส ำนักส ถ้าณพย้าบ้ลและ ก้ารประกอบโรคคิลปะ
4)	- แจ้งผลก้ารพิจารณาให้ด้ ำเนิ ก้าร	1 วันท ำก้าร	ส ำนักส ถ้าณพย้าบ้ลและ ก้ารประกอบโรคคิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ล าดับ	ชื่อเอกสาร จา นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) ี	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำ ดว้ประชาชนของผู้ดา เน้นการส ถ้าณพย้าบ้ล ฉบับจริง 0 ฉบับ ส ำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมก้ารปกครอง
2)	ค ำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ด้ ำเนิ ก้าร ส ถ้าณพย้าบ้ล (สพ. 22) ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
3)	ทะเบียนบ้ลผู้ดา เน้นการ ฉบับจริง 0 ฉบับ ส ำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมก้ารปกครอง
ล าดับ	ชื่อเอกสาร จา นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) ี	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
4)	ใบอนุญาตให้ด้ ำเนิ ก้าร ส ถ้าณพย้าบ้ล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส ำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

5)	กรณีเปลี่ยนชื่อ (ให้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในการเปลี่ยนชื่อ) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง	-
6)	รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 2 รูป ฉบับจริง 2 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี	-
7)	กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือ แขวง อำเภอหรือ เขต จังหวัด (ให้แนบเอกสาร) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
8)	กรณีการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ อนุญาต (ให้แนบเอกสาร) ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
9)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล(ส.พ.8) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
10)	หนังสือมอบอำนาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมอบ อำนาจ หนังสือมอบ อำนาจให้ ติดต่อกรม	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต หมายเหตุ : กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้ ดำเนินการไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมในการเปลี่ยนแปลง แก้ไขใบอนุญาต	ค่าธรรมเนียม 100 บาท
2)	ใบแทนใบอนุญาต	ค่าธรรมเนียม 200 บาท

ช่องทางการแจ้งเรียน แนะนำ บริการ

ลำดับ	ช่องทางการแจ้งเรียน / แนะนำ บริการ
1)	หน่วยงาน ณ จุด ยื่นคำ ขอส ำนัก สำนักรพำยบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริ การสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
2)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

3)	ไปรษณีย์ - ส ำนักส ำถ้ำนพย่ำบ่ำลและกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงส ำถ้ำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหัดนนทบุรี 11000
ล ำดับ	ช่องทางกำรแจ้งเรียน / แนน ำบริกำร
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงส ำถ้ำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหัดนนทบุรี 11000
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
7)	facebook : ส ำรวัตรส ำถ้ำนพย่ำบ่ำล Online
8)	ศูนย์บริการประชาชน ส ำนักปลัดส ำ นักน่ำยกำรฐมนตริ หมายเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / ส ำยต่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู ปลณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนกำรทุจริต ในภำครฐ หมายเหตุ: ส ำนักงำนคณะกรรมกำรป้องกันและปรำบปรำมกำรทุจริตในภำครฐ (ส ำนักงำน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อ ำค้ำรขอพดแ ำวรป ำรค ชั้น 2 ถนนแจ่งวฒ ำนะ ต ำบลคลองเกลือ อ ำเภอปำกเกร็ด จังหัดนนทบุรี 11120 - ส ำยต่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ตอ 1900 , 1904- 7 / โทรส ำร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนส ำ หรับนกำลงทุนต ำงขำติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ล ำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	ค ำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงร่ำยกำรใบอนุญำตให้ด ำเนินกำรส ำถ้ำนพย่ำบ่ำล (ส.พ.22)

หมายเหตุ

-

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: ส่วนกึ่ง ส่วนสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว **หมวดหมู่ของงานบริการ:** อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง **กฎหมายที่เกี่ยวข้อง:** อนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง

1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่ กำหนดระยะเวลา: ไม่มีกำหนด กำหนดระยะเวลาตามกฎหมาย
ระยะเวลาที่ กำหนดตามกฎหมาย / ข้อ กำหนด ฯลฯ: 0.0

ข้อมูลสถิติ ของกระบวนการ:
จำนวนเฉลี่ย ต่อเดือน 0
จำนวน ค่าขอทมี
ค่าทสี่ ุด 0 จำนวน
ค่าขอทมี ้อยทสี่ ุด 0

คู่มือสำหรับประชาชน : การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : ส่วนกึ่งสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

มาตรา 21
การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลให้แก่บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ตามมาตรา 17 ให้กระทำ ได้เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอโอนใบอนุญาตและการอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

2. วิธีการ

- 1) ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 2) พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบการขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
- 3) ผู้อนุญาตพิจารณาการโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

3. เงื่อนไข

- 1) การนับระยะเวลา 21 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดบ้านที่ความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันทำการ มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งคำขอ
- 2) กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่า ผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในวันทักให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย) 4.ช่องทำง

- 1) การขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ ให้ยื่นเรื่องที่ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- 2) การตรวจสอบการขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- 3) การส่งใบอนุญาตที่โอนกิจการสถานพยาบาลให้กับผู้ประกอบการคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาตพร้อม ข าระค่าธรรมเนียมที่ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

5.ค ำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.13) รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

1.กรณีบุคคลธรรมดา

- 1) ส ำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับโอน
- 2) ส ำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 4) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 5) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์
- 6) ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน
- 7) ส ำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอ ำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิติบุคคล) กรณีมอบ อ ำนาจให้ผู้อื่นด ำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบ อ ำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมส ำเนาบัตรประจำช่นของผู้รับมอบ อ ำนาจและผู้มอบ อ ำนาจ

หมายเหตุ:

ชั้นตอนการด

ำเนางานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ

ประจำช่นเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธารณสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ชั้น 1	ระยะเวลาเปิดให้บริการ , เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดทางราชการ ำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	-----------	---

ชั้นตอน ระยะเวลา และส่ว นงานทรี ับผิดชอบ
ระยะเวลาในการดา เนินการรวม : 21 วันทำ ก่า

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผลิต ชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ยื่นคำขอการประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา ตรวจสอบเอกสาร	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
4)	- แจ้งผลการโอนให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้โอน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
2)	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
3)	คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.13) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
4)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้โอน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
5)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับ โอน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	-

6)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล(ส.พ.8) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
7)	ใบอนุญาตใหม่ ระบอบกิจการสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
8)	ใบรับรองแพทย์ของผู้รับ โอน ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ใบรับ รongแพทย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน	-
9)	เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ย วข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์ เช่น ต้องมีสัญญาเช่า ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	-
10)	สำเนาหนังสือ รับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอ นาจ ลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณี ุ้รับโอนเป็นนิติบุคคล) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
11)	ใบส าคัญการเปลี่ยนชื่อ / ชื่อ สกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีขอเปลี่ยนชื่อ สกุล ลงนามเซ็นรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
12)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค ำนำ หน้ำน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
13)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับ รongส ำเนาถูกต้อง	กรมการกงสุล
14)	หนังสือมอบอ ำนาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมอบ อ ำนาจ หนังสือมอบ อ ำนาจให้ ิตอำนาจแสดงปี	-



ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม 200 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำ บริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำ บริการ
-------	------------------------------------

1)	หน่วยงาน ณ จุด ยื่นคำ ขอส ำนัก สำนักรพำยำบำนและกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริกำรสุขภาพ กระทรวงส่ำชำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
2)	กรมสนับสนุนบริกำรสุขภาพ กระทรวงส่ำชำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
3)	ไปรษณีย์ - ส ำนักสำนักรพำยำบำนและกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริกำรสุขภาพ กระทรวงส่ำชำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมำย กรมสนับสนุนบริกำรสุขภาพ กระทรวงส่ำชำรณสุข ถนนติวำนนท์ อ ำเภอเมือง จังหวัตนนทบุรี 11000
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
7)	facebook : ส่ำรวัตรสำนักรพำยำบำน Online
8)	ศูนย์บริกำรประชำชน ส ำนักปลัดสำ นักรนำยกรัฐมนตรี หมำยเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / ส่ำยต่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนกำรทุจริต ในภำครัฐ หมำยเหตุ: ส ำนักงำนคณะกรรมกำรป้องกันและปรำบปรำมกำรทุจริตในภำครัฐ (ส ำนักงำน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อำค้ำรชอพดแ่วร์ปำรค ชั้น 2 ถนนแจ่งวฒันะ ต ำบลคลองเกลือ อ ำเภอปำกเกร็ด จังหวัตนนทบุรี 11120 - ส่ำยต่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ตอ 1900 , 1904- 7 / โทรสำร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนส่ำ หรับนกำลงทุนต่งชำติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ล ำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	ค ำขอโอนใบอนุญำตให้ประกอบกิจกำรสำนักรพำยำบำน สพ13

หมายเหตุ -

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ: การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: ส่วนกึ่ง สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1) พ.ร.บ. สำนักงานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ. สำนักงานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค **กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่**

กำหนดระยะเวลา: - ระยะเวลาที่ กำหนดตามกฎหมาย /

ข้อกำหนด ฯลฯ: 0.0

ข้อมูลสถิติของกระบวนการ:

จำนวนเฉลี่ย ต่อเดือน 0

จำนวนค่าขอที่มี

ค่าทสีุ่ด 0 จำนวน

ค่าขอที่มี ้อยทสีุ่ด 0

คู่มือสำหรับประชาชน :

การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสถานพยาบาลและกำรประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นค ำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

- 1) กรณีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) หรือ
- 2) สมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกท ำลายในสาระส ำคัญให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลแจ้งต่อผู้ขออนุญาตและ ยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตและใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับทราบกำ รสูญหายหรือ ถูกท ำลายดังกล่าว

2.เงื่อนไข

- 1) กำรนับระยะเวลา 21 วันท ำกำร ในกรณีทีค ำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดท ำบันทึกความบกพร่องของรายกำรเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องค ำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่ก ำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งค ำขอ

- 2) กรณีมอบอ ำนาจให้บุคคลอื่นม ำด ำเนินกำรหรือรับเอกสารแทน ต้องท ำเป็นหนังสือมอบอ ำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบส ำเนาบัตรประจ ำตัวประชาชนของผู้มอบอ ำนาจและผู้รับมอบอ ำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอ ำนาจว่า ผู้รับมอบอ ำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอ ำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย) 3.ช่องทำง

- 1) กำรยื่นค ำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือค ำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้ยื่นเรื่องที ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

- 2) กำรตรวจสอบกำร ตรวจสอบค ำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือค ำขอใบแทนสมุดทะเบียน สถานพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

- 3) กำรส่งใบอนุญาตใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือค ำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้กับ ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาตพร้อมข ำระค่าธรรมเนียมที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

4.แบบค ำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /ค ำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (แบบ สป.15)

- 1) ส ำเนาบัตรประจ ำตัวประชาชน
- 2) ส ำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีถูกท ำลาย)
- 4) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(กรณีถูกท ำลาย)

5) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

6) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ : ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

ช่องทางการให้บริการ

<p>สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธิตสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน</p>	<p>ระดับ 1</p>	<p>ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)</p>
--	-----------------------	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ
ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 21 วันทำการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ลงทะเบียนมอบใบ ชำระค่าธรรมเนียม	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา ตรวจสอบทะเบียน บันทึกใบประวัติ บันทึกสมุด ทะเบียน สถานพยาบาล	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ
4)	- ส่งมอบใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)/สมุดทะเบียนสถานพยาบาล	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขและ การประกอบโรคศิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรอง สำเนาบัตรประชาชนผู้ประกอบกิจการ กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจที่ติดอากรแสตมป์ และ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรอง สำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน	กรมการปกครอง

กา
ร
ขอ
ใบ
แ
ท
น
ส
ม
ค
ห
ะ
เบ
ย
ย
น
ส
ถ
า
น
พ
ท
ร

2)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับ รองส ำเนาถูกต้อง	กรมการกงสุล
3)	ใบส าคัญการเปลี่ยนชื่อ / ชื่อ สกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
4)	หนังสือรับรองนิติบุคคล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรองส ำเนาหนังสือรับ รอง นิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า
ล าดับ	ชื่อเอกสาร จา นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) ี	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
5)	ค าขอรับ ใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตใหม่ ระกอบกิจการ สถานพยาบาล(ส.พ 15) หรือสมุดทะเบียนสถานพยาบาลสุญหาย หรือ ถู กท าลายในสาระสา คัญ ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	ส ำนักส ำถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคศึลปะ
6)	ส าเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
7)	ใบอนุญาตใหม่ ระกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7) กรณี ถู กท าลาย ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	ส ำนักส ำถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคศึลปะ
8)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล กรณี ถู กท ลาย ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	ส ำนักส ำถำนพยำบำลและ กำรประกอบโรคศึลปะ
9)	หนังสือแจ้ง ความ กรณีสูญหาย ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	ส ำถำนตึ ำรวจนครบำลท ำงที่
10)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค ำนำ หน้า ำ นาม ลงนามรับรองส ำ เน่าถูกต้อง	กรมการปกครอง



ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
-------	------------------------	-----------------------------

1)	ค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม 200 บาท
----	--------------	----------------------

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำ บริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำ บริการ
1)	หน่วยงาน ณ จุด ยื่นคำ ขอส ำนัก สำนั กย ำบ ำลและกำรประกอบโรคคิลปะ กรมสนับสนุนบริกำร สุขภำพ กระทรวงส ำข ำรณสุข ถนนติว ำนนท ำ อ ำเภอเมือง จ ำงหวัดนนทบุรี 11000
2)	กรมสนับสนุนบริกำร สุขภำพ กระทรวงส ำข ำรณสุข ถนนติว ำนนท ำ อ ำเภอเมือง จ ำงหวัดนนทบุรี 11000

กา
ร
ข
อ
ใ
้
แ
ท
น
ส
ม
ค
ท
ะ
เบ
็
ย
น
ส
ถ
า
น
พ
ยา

3)	ไปรษณีย์ - สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
ลำดับ	ช่องทางการเรียน / แนะนำบริการ
7)	facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online
8)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี หมายเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริต ในภาครัฐ หมายเหตุ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อําเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	แบบขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / ขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (แบบ สพ.15)

หมายเหตุ

-

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล **หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ:** สำนักงาน กิจการสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ **ประเภทของงานบริการ:** กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว **หมวดหมู่ของงานบริการ:** อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรองกฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง



1)พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่
ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป พื้นที่ให้บริการ:

ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่ กำหนดระยะเวลา: ไม่มีกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย

ระยะเวลาที่ กำหนดตามกฎหมาย / ข้อก าหนด ฯลฯ: 0.0

ข้อมูลสถิติ ของกระบวนการ:

จำนวนเฉลี่ย ต่อเดือน 0

จำนวนข้อ ขาด

ค่าเฉลี่ย 0 จำนวน

ข้อ ขาดน้อยที่สุด 0

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอใบรับแจ้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนซึ่งไม่ต ้อง อยู่ในบังคับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

หน่วยงานที่ให้บริการ : ส ำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธี ธีการ เงื่อนไข (ถำ ้ มี) ในการยื่นค ำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

1) เป็นสถานพยาบาลที่ ัดให้บริการ ำรตำ ้นการร ักษาพยาบาล การส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพอนามัย และการควบคุมและป้องกันโรค ในลักษณะที่เป็นการจัดสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน ลูกจ้าง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยไม่ได้มีความประสงค์ที่จะเป็นการ ประกอบธุรกิจเพื่อหวังผลก ำไรตอบแทน และเป็นการจัดสวัสดิการของ

- ก. รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ
- ข. องค์การมหาชนตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน
- ค. สถานศึกษาของเอกชน
- ง. นายจ้าง ตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานและสวัสดิการสังคม
- จ. ผู้ให้บริการขนส่งผู้โดยสารในยานพาหนะต่าง ๆ

2) เป็นสถานพยาบาลที่ไชย ำนพาหนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่ ณ สถานที่ใดที่หนึ่งเป็นการชั่วคราว และมีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยเหลือหรือสงเคราะห์โดยไม่เรียกเก็บค่าบริการใดๆ ไม่ว่าจะเป็นการจัดให้บริการขององค์กรการกุศลต่างๆ มูลนิธิ สถานพยาบาลหรือของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

3) การขอใบรับแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ไม่ต้อง อยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 หากเป็นนายจ้างต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานและสวัสดิการสังคมด้วย

2.เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลา 22 วันท ำการ ในกรณีทีค ำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดท ำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้อง ำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่ก ำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งค ำขอ

2) กรณีมอบ ำนาจให้บุคคลอื่นมาด ำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องท ำเป็นหนังสือมอบ ำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบส ำเนาบัตรประจ ำตัวประชาชนของผู้มอบ ำนาจและผู้รับมอบ ำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบ ำนาจว่า ผู้รับมอบ ำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบ ำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)



หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ **ช่องทางการให้บริการ**

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1
อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถนนสาธิตสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ 0 2193 7059 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง
วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดทั้ง ราชอาณาจักร หนด)
ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่ว นงานที่ ับผิดชอบ
ระยะเวลาในการดา เนินการรวม : 22 วันทำ การ



พ
อ
ร
ก
ง
ค
จ
จ
จ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับ ผิด ชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ยื่นค ำขอแสดงความประสงค์ ่ ี้อาจแจ้งสถานพยาบาล	1 วันท ำการ	ส ำนักรสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร/ตรวจสอบสถานที่	15 วันท ำการ	ส ำนักรสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อำ นวยการสำ นักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ เพื่อลงนาม	5 วันท ำการ	ส ำนักรสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ
4)	- ออกใบรับแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค ำงคน ี่ไม่ต้องอยใู่ นบังคับของพระราชบัญญัติ ีสถานพยาบาล พ.ศ.2541	1 วันท ำการ	ส ำนักรสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จา นวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) ี	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำ ดวั ประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ผมี ี ำนำจลงนาม ลงนามรับรองสำ เน่าถูกต้อง	กรมการปกครอง
2)	ส าเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ผมี ี ำนำจลงนาม ลงนามรับรองสำ เน่าถูกต้อง	กรมการปกครอง
3)	หนังสือรับรองนิติบุคคล ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ หากเป็นกรณีนิติบุคคล ลงนามรับ รงส ำเน่าถูกต้อง	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า
4)	แบบ ส.พ.1 ส.พ.2 ส.พ.5 ส.พ.6 ส.พ.18 ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
5)	หนังสือขอแสดงแบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติ ีสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ไขฉ ฉบับจริง	ส ำนักรสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ

6)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
7)	สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
8)	ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา
9)	ใบสาคัญการเปลี่ยนชื่อ / ชื่อสกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีขอเปลี่ยนชื่อ สกุล ลงนามเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
10)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคานา ให้นำนาม ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
11)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการกงสุล
12)	หนังสือมอบอำนาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบอำนาจให้ ติดอากรแสตมป์	-
13)	ใบรับรองแพทย์ผุ้ประกอบการ และผู้ดา เนินการ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ไม่เ็นโรคต้องห้ามและออกไว้มเกิน 6 เดือนนับแต่วันยื่นคานาขอ	-
14)	แผนผังในสถานพยาบาล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ต้องแสดงคานาแห่ง ตามแผนการจตั้ง (ตามมาตราส่วน)	-

15)	<p>แผนผังแสดงที่ตั้งสถานพยาบาลต้องชัดเจน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียงโดยให้มีจุดสังเกตที่ สำคัญ</p>	-
16)	<p>ทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง</p>	กรมการปกครอง
17)	<p>1.มีการเก็บ และกา จัดขยะติดเชื้อ โดยมหรี นังสือตอบรับ จาก หน่วยงานที่กา จัดขยะ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2.ต้องมีเอกสาร/หนังสือรับการตรวจสอบมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ และต้องมีใบอนุญาตการครอบครองรังสีจากหน่วยงานที่ รับผิดชอบ 3.ต้องมีใ้บความยินยอมให้ใช้ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ได้รับ ใบอนุญาตก่อน หากชื่อ สถานพยาบาลในเขตเดียวกันมีชื่อซ้ำ กัน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ</p>	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
18)	หากมีเครื่องมือ พิเศษ เช่นเครื่องมือ แพทย์ ต้องมีเอกสารรับรอง จาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ฉบับจริง 0 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองส ำเนาถูกต้อง	ส ำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
19)	มีแผนแสดงระบบการควบคุมหา ความสะอาดเครื่องมื่อ เครื่อง ใช้ใน คลินิกที่เหมาะสม ฉบับจริง 1 ฉบับ ส าเนา 1 ฉบับ	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม 0 บาท

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	หน่วยงาน ณ จุด ยื่นคำขอ สำนักรักษาพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
2)	facebook : สำรวัดรสถานพยาบาล Online
3)	ไปรษณีย์ - สำนักรักษาพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
4)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
5)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
6)	กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อําเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 อีเมลล์ mrdonline2014@gmail.com
7)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักรปลัดสำ นักนายกรัฐมนตรี หมายเหตุ: เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300
8)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริต ในภาครัฐ หมายเหตุ: สำนักรงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สํานักรงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตําบลคลองเกลือ อําเภอบางกระเจียว จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับน้กลางทุนต่างชาตติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ



แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	ค ำขออนุมัติแผนงานกำรจัดตั้งสถำณพยำบำลประเภทที่ไมร ับผู้ปวยไวด ำงคนี้ ส.พ.1
2)	แผนงำนกำรจัด ตั้งสถำณพยำบำลประเภทที่ไมร ับผู้ปวยไวดำงคนี้ ส.พ.2
3)	ค ำขออนุญาตให้ประกอบกิจกรรมสถำณพยำบำล ส.พ.5
4)	หนังสือแสดงควำมจ ำงเป็นปฏิบัติงำนในสถำณพยำบำลของผ ูประกอบวชิ ำชีพ ส.พ.6
5)	ค ำขอรับใบอนุญาตให้ด ำเนินกำรสถำณพยำบำล ส.พ.18
6)	แบบรับแจ้งกำรประกอบกิจกรรมสถำณพยำบำลประเภทที่ไมร ับผู้ปวยไวด ำงคนี้ ที่ไม่ต้องอยใ ู๋นบงค้บของ พระรำชบัญญัติสถำณพยำบำล พ.ศ.2541
7)	แบบแจ้งกำรประกอบกิจกรรมสถำณพยำบำลที่ไม่ต้องอยใ นบงค้บของพระรำชบัญญัติสถำณพยำบำล พ.ศ.2541

หมายเหตุ

-

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนงาน: การขอใบรับแจ้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วย
ต่างชาติซึ่งไม่ต้องอยู่ในบังคับพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ.2541
หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนงาน: สำนักงานก ำหนดและกำรประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการ ำรสุขภาพ **ประเภทของงานบริการ:** กระบวนกำรที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
หมวดหมู่ของงานบริการ: รับ แจ้ง กฎหมายที่ให้อ ำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1) พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และท ำแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559
และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออก ตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541
และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป พื้นที่ให้บริการ:

ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่ กำหนดระยะเวลา: ไม่มีกำรก ำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่ กำหนดตามกฎหมาย / ข้อก ำหนด ฯลฯ: 0.0

ข้อมูลสถิติ ของกระบวนงาน:

จ ำนวนเฉลี่ย ต่อเดือน 0

จ ำนวนค ำขอที่มี ำกทสี่ ุด 0

จ ำนวนค ำขอที่ ้อยทสี่ ุด

0



คู่มือสำหรับประชาชน |
มูลนิธิคนบริการ

ภาคผนวก

งานคลินิก

(สำเนา)

คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ที่ ๕๗๑ /๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน
ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘

ด้วยพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาตรา ๗ ได้กำหนดให้หน่วยงานของรัฐที่มีการอนุญาตต้องจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน และให้คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) มีหน้าที่ในการตรวจสอบความเหมาะสมตามหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ทั้งนี้ สำนักงาน ก.พ.ร. แจ้งให้หน่วยงานของรัฐที่มีการอนุญาต การจดทะเบียนหรือการแจ้งที่มีกฎหมายหรือกฎกำหนดให้ต้องขออนุญาต จดทะเบียน หรือแจ้ง ก่อนจะดำเนินการใด จัดทำคู่มือสำหรับประชาชน ส่งให้สำนักงาน ก.พ.ร. ภายในวันที่ ๒๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อรวบรวมและเสนอคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมต่อไป ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการจัดทำคู่มือสำหรับประชาชนเป็นไปด้วยความเหมาะสม สอดคล้องกับพระราชบัญญัติและนโยบายของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงขอแต่งตั้งบุคคลดังต่อไปนี้ ปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ดังนี้

๑. คณะกรรมการพิจารณาจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน ประกอบด้วย

- | | |
|---|------------------|
| ๑.๑ นายแพทย์เรศ กรีชนัยวิวงศ์ | ประธานกรรมการ |
| รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | |
| ๑.๒ ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | รองประธานกรรมการ |
| ๑.๓ ผู้อำนวยการกองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| ๑.๔ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| ๑.๕ ผู้อำนวยการกองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| ๑.๖ ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| ๑.๗ ผู้อำนวยการกองวิศวกรรมกรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| ๑.๘ ผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| ๑.๙ เกสัชกรจิระ วิชาสงค์ | กรรมการ |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน | |
| ๑.๑๐ เกสัชกรพลแก้ว วัชรชัยสุรพล | กรรมการ |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ | |
| ๑.๑๑ เกสัชกรณรงค์ชัย จันทร์พร | กรรมการ |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม | |
| ๑.๑๒ เกสัชกรหญิงตุลาภรณ์ รุจิระยรรยง | กรรมการ |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี | |
| ๑.๑๓ นางสาววรรณิ์ เอียดระกุล | กรรมการ |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ | |

/๑๔. เกสัชกรหญิง...

- ๒ -

๑.๑๔	เภสัชกรหญิงอรุณศรี บุญมาศิริ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร	กรรมการ
๑.๑๕	นายศิริชัย ชลระเฒ ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต ๔ จังหวัดนนทบุรี	กรรมการ
๑.๑๖	นายศรีสกุล แสงประเสริฐ ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต ๕ จังหวัดราชบุรี	กรรมการ
๑.๑๗	นางนิภา ทิพย์พิลา รองผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ
๑.๑๘	นางยุวดี ขอบพัฒนา รองผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ
๑.๑๙	นางวรียา สินธุเสก รองผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ
๑.๒๐	นางฉวีพร สิริยานนท์ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ
๑.๒๑	นางตรุณี วิชธรรม สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ
๑.๒๒	นางสาวณัฐชมธร สำราญจิตร สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ
๑.๒๓	นางสาวสุธีรา เอี่ยมสุภาชิต สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ
๑.๒๔	นางสาวสุวภรณ์ แนวจำปา สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ
๑.๒๕	นางสมพร มีเสถียร สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	คณะกรรมการและเลขานุการ
๑.๒๖	นางสาวพนิดา นัยพร กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๗	นางสาวปัทมิตตา พันธุ์ระอ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. กำหนดกรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘
๒. พิจารณา ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ การจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน
๓. กำกับ ติดตาม การดำเนินงานให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ และนโยบายของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

/๒. คณะทำงาน...

-๓-

๒. คณะทำงานจัดทำคู่มือสำหรับประชาชนฯ ประกอบด้วยบุคลากรสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ดังนี้

- | | | |
|------|--|-------------------|
| ๒.๑ | ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | ประธานคณะทำงาน |
| ๒.๒ | นางนิภา ทิพย์พิลา | รองประธานคณะทำงาน |
| | รองผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | |
| ๒.๓ | นางยุวดี ชอบพัฒนา | รองประธานคณะทำงาน |
| | รองผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | |
| | และปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มการประกอบโรคศิลปะด้านการแพทย์ทางเลือก | |
| ๒.๔ | นางวรียา สิ้นธุเสก | รองประธานคณะทำงาน |
| | รองผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ | |
| | และปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มโรงพยาบาล | |
| ๒.๕ | นางธนัชพร สิริยานนท์ | คณะทำงาน |
| | หัวหน้ากลุ่มคลินิก | |
| ๒.๖ | นางตรุณี วัชรธรรม | คณะทำงาน |
| | หัวหน้าศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ | |
| ๒.๗ | นางสาวณัฐชมธร สำราญจิตร | คณะทำงาน |
| | หัวหน้ากลุ่มการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนปัจจุบัน | |
| ๒.๘ | นางสาวสุวภรณ์ แนวจำปา | คณะทำงาน |
| | หัวหน้ากลุ่มสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ | |
| ๒.๙ | นางสาวสุธีรา เอี่ยมสุภาชิต | คณะทำงาน |
| | หัวหน้ากลุ่มบุคลากรด้านธุรกิจสุขภาพ | |
| ๒.๑๐ | นางพรพิศ กาลนาน | คณะทำงาน |
| | หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ | |
| ๒.๑๑ | นางสาวพะเยาว์ ศิริผลา | คณะทำงาน |
| | หัวหน้ากลุ่มบริหารงานทั่วไป | |
| ๒.๑๒ | นางสาวเนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธุ์กุล | คณะทำงาน |
| | กลุ่มโรงพยาบาล | |
| ๒.๑๓ | นางภัทรวดี ปานขาว | คณะทำงาน |
| | กลุ่มโรงพยาบาล | |
| ๒.๑๔ | นางปาริชาติ ชัยยานนท์ | คณะทำงาน |
| | กลุ่มโรงพยาบาล | |
| ๒.๑๕ | นางสาวแจ่มจิตต์ นิตามณีพงษ์ | คณะทำงาน |
| | กลุ่มโรงพยาบาล | |
| ๒.๑๖ | นางอารีวรรณ พิบูลย์วัฒนวงษ์ | คณะทำงาน |
| | กลุ่มโรงพยาบาล | |
| ๒.๑๗ | นางสาวทัศนาวดี ชูช่วย | คณะทำงาน |
| | กลุ่มโรงพยาบาล | |

/๒.๑๘ นางสาว...

-๔-

๒.๑๘นางสาวนิรมล กลุ่มโรงพยาบาล	กิจวัตร	คณะทำงาน
๒.๑๙นางสาวประนอมณัฐรา กลุ่มคลินิก	วิไลรัตน์	คณะทำงาน
๒.๒๐นางบุศรา กลุ่มคลินิก	เชื้อประกอบกิจ	คณะทำงาน
๒.๒๑นางสุภาพร กลุ่มคลินิก	วงษานุศิษย์	คณะทำงาน
๒.๒๒นางประไพ กลุ่มคลินิก	ตรีกาลนนท์	คณะทำงาน
๒.๒๓นางสาวปริญญา กลุ่มคลินิก	สนิกะวาทิ	คณะทำงาน
๒.๒๔นางสาวสาธิตา กลุ่มคลินิก	ประเสริฐสังข์	คณะทำงาน
๒.๒๕นางสาวสุภาพร กลุ่มคลินิก	ยอดโต	คณะทำงาน
๒.๒๖นางณัฐจิรา กลุ่มการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนปัจจุบัน	อรุณรัตน์ติลภ	คณะทำงาน
๒.๒๗นางทิพวัลย์ กลุ่มการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนปัจจุบัน	หงษ์พงษ์	คณะทำงาน
๒.๒๘นางจรรยา กลุ่มการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนปัจจุบัน	ผุดผ่อง	คณะทำงาน
๒.๒๙นางวรุณรัตน์ กลุ่มการประกอบโรคศิลปะด้านการแพทย์ทางเลือก	เงากระจ่าง	คณะทำงาน
๒.๓๐นางสาวกอกุล กลุ่มการประกอบโรคศิลปะด้านการแพทย์ทางเลือก	ไสสกุล	คณะทำงาน
๒.๓๑นางวาริตา กลุ่มสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	แย้มศรี	คณะทำงาน
๒.๓๒นางเบญจมาภรณ์ กลุ่มสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ศิริเฉลิม	คณะทำงาน
๒.๓๓นางพิมพ์ผกา กลุ่มบุคลากรด้านธุรกิจสุขภาพ	อิศวสุดสาคร	คณะทำงาน
๒.๓๔นางสุธาสินี กลุ่มบุคลากรด้านธุรกิจสุขภาพ	สุโชวัฒน์กิจ	คณะทำงาน
๒.๓๕นางชัญญาภักดิ์ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ	บุญรัตน์นิน	คณะทำงาน

/๒.๓๖ นาง...

-๕-

๒.๓๖นางชฎาภรณ์ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ	นฤภัย	คณะทำงาน
๒.๓๗นางสมพร หัวหน้ากลุ่มพัฒนาวิชาการ	มีเสถียร	คณะทำงานและเลขานุการ
๒.๓๘นางสาวนฤมล กลุ่มพัฒนาวิชาการ	ตรีเพชรศรีอุไร	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๓๙นางสาวปัทมา กลุ่มพัฒนาวิชาการ	พันธ์ละออ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

๑. ดำเนินการจัดทำ คู่มือสำหรับประชาชน
 ๒. รวบรวมและรายงานผลการจัดทำคู่มือประชาชนเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการฯ
 ๓. ปิดประกาศ และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
 ๔. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานจัดทำคู่มือประชาชน
 ๕. งานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการพิจารณาคู่มือสำหรับประชาชน
- ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘



(นายเศรษฐ ทรัพย์วิวงศ์)
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



ข้อมูลการเผยแพร่
คู่มือสำหรับประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

----- 1. ณ

ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ตั้งอยู่ที่
ชั้น 1 อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาทรสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข
โทร.สอบถามได้ที่ 0 2193 7059 , 0 2193 7000 ต่อ 18101-8

2. ณ ศูนย์บริการร่วมรับคำ ขออนุญาต กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ที่อาคาร 3 ชั้น 1 ส
านักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
โทร.สอบถามได้ที่ 02-5910300

3. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

3.1 Website ของรัฐบาล ศูนย์กลางข้อมูล คู่มือสำหรับประชาชน : <https://www.info.go.th>

3.2 Website กระทรวงสาธารณสุข <http://ictapp.moph.go.th/servicelink/>

3.3 Website ส านักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ
<https://www.mrd.go.th/info>

สรุปภาพรวมคู่มือสำหรับประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ งานคลินิก	ระยะเวลาดำเนินการ	ค่าธรรมเนียม
<p>1. การขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก แบบฟอร์ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1) - แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2) - ค ขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.5) - หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นผู้ปฏิบัติ ้งานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6) - ค ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / ค ขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ18) 	67 วันทำการ	<p>-ใบอนุญาตใหม่ ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ ค้างคืน 1,000 บาท - ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ ค้างคืน 250 บาท</p>
<p>2. การขอต้ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก แบบฟอร์ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค ขอต้ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.11) 	21 วันทำการ	1,000 บาท
<p>3. การขอต้ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก แบบฟอร์ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค ขอต้ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ ค้างคืน (แบบ สพ.20) 	21 วันทำการ	250 บาท
<p>4. การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก แบบฟอร์ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค ขอต้ออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18) 	21 วันทำการ	250 บาท
<p>5. การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก แบบฟอร์ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16) 	67 วันทำการ	1,000 บาท

<p>6. การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก แบบฟอร์ม - ค ขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ (แบบ ส.พ.21)</p>	<p>21 วันทำการ</p>	<p>200 บาท</p>
<p>สรุปภาพรวมคู่มือสำหรับประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ งานคลินิก</p>	<p>ระยะเวลาดำเนินการ</p>	<p>ค่าธรรมเนียม</p>
<p>7. การแสดงความจ านงเป็นฝร ู้ บั อนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย แบบฟอร์ม หนังสือแสดงความจ านงเป็นฝร ู้ ับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้ ับอนุญาตตาย (สพ.14)</p>	<p>21 วันทำการ</p>	<p>200 บาท</p>
<p>8. การแจ้งเลิกคลินิก แบบฟอร์ม - ค ขอหนังสือ แจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.17)</p>	<p>1 ชั่วโมง</p>	<p>-</p>
<p>9. การข าระค่าธรรมเนียมคลินิก แบบฟอร์ม - ค ขอข าระค ่า ธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี - รายงานประจำปี (สพ.23)</p>	<p>1 ชั่วโมง</p>	<p>500 บาท</p>
<p>10. การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก แบบฟอร์ม - ค ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.10)</p>	<p>21 วันทำการ</p>	<p>1) การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต 100 บาท 2) ใบแทนใบอนุญาต 200 บาท</p>



สรุปภาพรวมคู่มือสา สำหรับประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ งานคลินิก	ระยะเวลา ดำเนินการ	ค่าธรรมเนียม
11. การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ด าเนินการคลินิก <u>แบบฟอร์ม</u> - ค ำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ด าเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.22)	21 วันท ำการ	1) การเปลี่ยนแปลงแก้ไขใน ใบอนุญาต 100 บาท 2) ใบแทนใบอนุญาต 200 บาท
12. การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิ ก <u>แบบฟอร์ม</u> - ค ำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 13)	21 วันท ำการ	200 บาท
13. การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกจิ การคลินิก/การขอใบแทนสมดุ ทะเบี ย นสถานพยาบาล <u>แบบฟอร์ม</u> - ค ำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /ค ำขอใบแทนสมดุทะเบียนสถานพยาบาล (แบบ สพ.15)	21 วันท ำการ	200 บาท

<p>14. การขอใบรับแจ้งสถานพยาบาลประเภทที่เื้อ่ มรับผู้ป่วยไว้ค้ำ ังคินซึ่งไม่ต้องอยู่ในบังคับพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541แบบฟอร์ม - ค าขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ ค้างคิน ส.พ.1 - แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่เื้อ่ มรับผู้ป่วยไว้ค้ำ ังคิน ส.พ.2 - ค าขออนุญาตให้ ประกอบกิจการสถานพยาบาล ส.พ.5- หนังสือ แสดงความจ างนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบ วิชาชีพ ส.พ.6 - ค าขอรับใบอนุญาตให้ด าเนนิ การสถานพยาบาล ส.พ.18 - แบบรับแจ้งการประกอบกิจการ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่ร ับผู้ป่วยไว้ค้ำ ังคิน ที่ไม่ต้องอยเื้อ่ นบังคับของพระราชบัญญัติ สิ ถานพยาบาล พ.ศ. 2541 - แบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541</p>	<p>22 วันท การ</p>	<p>-</p>
---	--------------------	----------

<p>คู่มือสา สำหรับประชาชน : กระบวนการอนุญาตให้ประกอบกิจการและด าเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผนุ้ ่วยไว้ค้ำ ังคิน</p>	<p>ส่วนภูมิภาค</p>		
	<p>ด าเนินการ</p>	<p>ไม่ได้ ด าเนินการ</p>	<p>รับเอกสาร ส่งต่อให้ ส่วนกลาง</p>

1)	การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก	/		
2)	การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก	/		
3)	การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก	/		
4)	การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก	/		
5)	การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	/		
6)	การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก	/		
7)	การแสดงความจำนงเป็นผู้นำใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย	/		
8)	การแจ้งเลิกคลินิก	/		
9)	การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก	/		
10)	การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก	/		
11)	การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก	/		
12)	การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก	/		
13)	การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล	/		
14)	การขอใบรับแจ้งสถานพยาบาลประเภทที่ ๑ มีรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนซึ่งไม่ต้องอยู่ในบังคับพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541	/		



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ .0-2193-7085

www.mrd-hss.moph.go.th