

หลักฐานการรับคำขออนุญาต
เปลี่ยนแปลงลักษณะอาคารหรือลักษณะพื้นที่ใช้สอยของสถานพยาบาล(คลินิก)

- สถานที่ชื่อ.....

เลขที่รับเรื่อง..... วันที่รับเรื่อง..... ระยะเวลาในการอนุญาต ๑๕ วันทำการ นับจากวันที่เอกสารครบถ้วนถูกต้องตามข้อกำหนด
--

- ผลการตรวจสอบคำขออนุญาต

เอกสารครบถ้วน ถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
วันที่...../...../.....

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด/ การขออนุญาตไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดใน
กฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมให้ครบถ้วนถูกต้อง ดังนี้
ครั้งที่ ๑ มีรายการดังนี้.....

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

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
วันที่...../...../.....

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ งานสถานพยาบาล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ๐ ๒๓๘๙ ๕๕๘๐ ต่อ ๑๐๖, ๑๐๙

รายการเอกสาร/หลักฐาน

- แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๖)” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
 - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
 - กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง) มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัด ทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด
- แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างและลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม(แผนผังใหม่) และ แผนผังเดิม ก่อนเปลี่ยนแปลง แสดงอัตราส่วน และจำนวนพื้นที่ทั้งหมด ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ตัวจริง) ๑ ฉบับ
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ๑ เล่ม

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ งานสถานพยาบาล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ๐ ๒๓๘๙ ๕๕๘๐ ต่อ ๑๐๖ ๑๐๙

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ | <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการจดทะเบียน (กรณีเป็นนิติบุคคล) | <input type="checkbox"/> กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน |
| <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง | และเป็นการเพิ่มบริการหรือก่อสร้างอาคารชั้นใหม่ |
| <input type="checkbox"/> แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างแสดงลักษณะภายในอาคาร | หรือตัดแปลงอาคาร จะต้อง มี |
| ส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม | - หลักฐานการอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล | - ใบอนุญาตใช้อาคาร (เฉพาะกรณีก่อสร้าง |
| <input type="checkbox"/> ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ | อาคารชั้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร) |
| พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน | - หนังสือรับรองการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ |
| และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ (กรณีเพิ่ม | ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของกระทรวงวิทยาศาสตร์ |
| บริการหรือเพิ่มจำนวนเตียง) | เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม (เฉพาะกรณีก่อสร้าง |
| สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพ | อาคารชั้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร) |
| <input type="checkbox"/> ในสาขาที่ให้บริการ (ถ้ามีการให้บริการเฉพาะสาขา) | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... | |

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)