

หลักฐานการรับคำขออนุญาต เปลี่ยนชื่อ-สกุล ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

- สถานที่ชื่อ.....

เลขที่รับเรื่อง..... วันที่รับเรื่อง..... ระยะเวลาในการอนุญาต ๓ วันทำการ นับจากวันที่เอกสารครบถ้วนถูกต้องตามข้อกำหนด
---

- ผลการตรวจสอบคำขออนุญาต  
 เอกสารครบถ้วน ถูกต้อง  
 เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด/ การขออนุญาตไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนด  
ในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมให้ครบถ้วนถูกต้อง ดังนี้  
ครั้งที่ ๑ มีรายการดังนี้.....  
.....  
.....

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

- ผ่าชุดคำขอไว้เพื่อตรวจสอบภายหลัง เบอร์โทรศัพท์ผู้ยื่นคำขอ.....

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

รายการเอกสาร/หลักฐานการ ในกรยื่นคำขออนุญาต

- แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๒๒)”      ๑      ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำขอ      ๑      ฉบับ
  - กรณีให้ผู้ยื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน      ๑      ชุด
- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล      ๑      ฉบับ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ตัวจริง)      ๑      ฉบับ
- รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี      ๓      รูป
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล      ๑      เล่ม
- \* ค่าธรรมเนียมการแก้ไขรายการใบอนุญาต (จ่ายวันมารับใบอนุญาตที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว)      ๑๐๐.-      บาท

