

หลักฐานการรับคำขออนุญาต  
เปลี่ยนชื่อ-สกุล ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

- สถานที่ชื่อ.....

เลขที่รับเรื่อง..... วันที่รับเรื่อง..... ระยะเวลาในการอนุญาต ๓ 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 เปลี่ยนชื่อ-สกุล ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

- |   |       |      |
|---|-------|------|
| <input type="checkbox"/> แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ (ส.พ.๑๐)”   | ๑     | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ   | ๑     | ฉบับ |
| ● กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตร<br>ประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร  | ๑     | ชุด  |
| ● กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้ง<br>เดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัด<br>ทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน | ๑     | ชุด  |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล   | ๑     | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ตัวจริง)   | ๑     | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล  | ๑     | เล่ม |
| <input type="checkbox"/> ค่าธรรมเนียมการแก้ไขรายการใบอนุญาต (จ่ายวันมารับใบอนุญาตที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว)   | ๑๐๐.- | บาท  |

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

## คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**๑. ข้าพเจ้า**

๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

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

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิตินุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

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

และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

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

เป็นนิตินุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ ..... เลขทะเบียน .....

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล .....

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

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

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

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

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

**๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้**

- เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น.....
- เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต เป็น.....
- เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ตามที่ทางราชการกำหนด)
- การเปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย เป็น.....
- เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น.....
- อื่น ๆ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต  
( ..... )