

หลักฐานการรับคำขออนุญาต  
เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

- สถานที่ชื่อ.....

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

- ผลการตรวจสอบคำขออนุญาต

เอกสารครบถ้วน ถูกต้อง

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

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด/ การขออนุญาตไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข  
ที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมให้ครบถ้วนถูกต้อง ดังนี้

ครั้งที่ ๑ มีรายการดังนี้.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

ครั้งที่ ๒ มีรายการดังนี้.....  
.....  
.....  
.....

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

ฝากชุดคำขอไว้เพื่อตรวจสอบภายหลัง เบอร์โทรศัพท์ผู้ยื่นคำขอ.....

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

รายการเอกสาร หลักฐาน และเงื่อนไขการขออนุญาต  
เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เอกสารหลักฐานผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

- ส.พ.๑๘, ส.พ.๖ อย่างละ ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
- สำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ๑ ฉบับ
- สำเนาโฉมบัตร หรือหนังสืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง (ถ้ามี) ๑ ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์ ๑ ฉบับ
- รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี ๓ รูป
- รูปถ่าย ขนาดรูปถ่ายขนาด ๘ X ๑๓ เซนติเมตร(ครึ่งตัวหน้าตรง)ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี ๒ ใบ

เอกสารหลักฐานผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

- สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ
- กรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ๑ ชุด
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลตัวจริง ๑ ฉบับ
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ๑ เล่ม

รายการเอกสารของผู้ประกอบวิชาชีพ (ผู้ร่วมตรวจรักษา) กรณีมีการเปลี่ยนแปลง

- ส.พ.๖ และเอกสารอื่น ๆตามที่ระบุท้ายคำขอ คนละ ๑ ชุด

คุณสมบัติของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

- ผู้ขออนุญาตดำเนินการต้องมายื่นเรื่องด้วยตัวเอง
- แสดงใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะตัวจริงให้ตรวจสอบ
- ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้วสองแห่ง
- สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิดตลอดเวลาทำการ  
(เวลาที่ขอดำเนินการตรงกับเวลาทำการของคลินิก)
- เวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้ไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่เป็นผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลแห่งอื่น
- เวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้ ไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ(ผู้ทำการตรวจรักษา)  
ของสถานพยาบาลแห่งอื่น

ข้าพเจ้ารับทราบและขอรับรองว่ามีคุณสมบัติตามข้อกำหนดดังกล่าว

.....  
(.....)

ผู้ขออนุญาตดำเนินการ



พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว  | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน   | <input type="checkbox"/> สำเนาภูมิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล                      |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)                                    |  |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี |  |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๔ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี  |  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

( ..... ) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน  
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ..... เลขประจำตัว 

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

อายุ ..... ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่ .....

ได้รับ  หนังสืออนุมัติ  วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ..... ออกให้วันที่.....

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

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

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ปัจจุบันข้าพเจ้า

ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

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

ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน

เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของข้าพเจ้ามิได้อยู่ในระหว่าง พักใช้ หรือ เพิกถอน ใบอนุญาตฯ และ

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล .....

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้ .....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

สำเนาบัตรประจำตัว

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ

สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ

รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

อื่น ๆ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง

( ..... )

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ