

หลักฐานการรับคำขออนุญาต
เปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

- 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...../...../.....

ผากชุดคำขอไว้เพื่อตรวจสอบภายหลัง เบอร์โทรศัพท์ผู้ยื่นคำขอ.....

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

รายการเอกสาร/หลักฐาน

๑. การเพิ่มผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล

- แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ(ส.พ.๑๐)” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
 - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
 - กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทน ครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด
- แบบฟอร์ม “หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ(ส.พ.๖)” คนละ ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน/ สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ประกอบวิชาชีพ คนละ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ คนละ ๑ ฉบับ
- สำเนาอนุมัติบัตร หรือหนังสืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง (ถ้ามี) คนละ ๑ ฉบับ
- กรณีเป็นคลินิก แบบรูปถ่ายขนาด ๘ X ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี คนละ ๑ ใบ
แบบรูปถ่ายขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี คนละ ๑ ใบ
- กรณีเป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน แบบรูปถ่ายผู้ประกอบวิชาชีพ ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี คนละ ๑ รูป
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ๑ เล่ม

๒. การแจ้งเลิกผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล

- แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ(ส.พ.๑๐)” ๑ ฉบับ
- กรณีเป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้แนบหนังสือลาออกของผู้ประกอบวิชาชีพ หรือ หนังสือรับรองการลาออกจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
 - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
 - กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทน ครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ๑ เล่ม

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

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 รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง

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)

การเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย

เป็น.....

เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น.....

อื่นๆ

พร้อมกับคำขอซ้ำพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

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

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต
(.....)

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

ตรวจสอบแล้วเอกสารครบถ้วนถูกต้อง
เห็นควรอนุญาตให้เปลี่ยนแปลงผู้ประกอบการวิชาชีพได้

(ลายมือชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ
(.....)

วันที่...../...../.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้อนุญาต
(.....)

วันที่...../...../.....

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

เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนชื่อ

สถานพยาบาล.....

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 ๔ x ๓๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

