

หลักฐานการรับคำขออนุญาต  
เปลี่ยนเวลาทำการในสถานพยาบาล

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

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

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

ผกชุดคำขอไว้เพื่อตรวจสอบภายหลัง เบอร์โทรศัพท์ผู้ยื่นคำขอ.....

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

## รายการเอกสาร/หลักฐาน การเปลี่ยนเวลาทำการ

- แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ (ส.พ.๑๐)” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
  - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
- แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๒๒)” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการ ๑ ฉบับ
- รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี ๓ รูป
- ตารางแสดง วัน เวลาปฏิบัติงาน ของผู้ประกอบการวิชาชีพทุกคน ตามเวลาทำการใหม่ ๑ ฉบับ
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ตัวจริง) ๑ ฉบับ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(ตัวจริง) ๑ ฉบับ
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ๑ เล่ม
- กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัด ทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด



พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

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

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

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

ตรวจสอบแล้วเอกสารครบถ้วนถูกต้อง  
เห็นควรอนุญาตให้เปลี่ยนเวลาทำการได้

(ลายมือชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ  
 (.....)

วันที่...../...../.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้อนุญาต  
 (.....)

หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค  
 วันที่...../...../.....



