

หลักฐานการรับคำขออนุญาต  
เพิ่มบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

● สถานที่ชื่อ.....

เลขที่รับเรื่อง..... วันที่รับเรื่อง..... ระยะเวลาในการอนุญาต ๓๐ วันทำการ นับจากวันที่เอกสารครบถ้วนถูกต้องตามข้อกำหนด
--

● ผลการตรวจสอบคำขออนุญาต

เอกสารครบถ้วน ถูกต้อง

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

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด/ การขออนุญาตไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนด  
ในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมให้ครบถ้วนถูกต้อง ดังนี้

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

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

## รายการเอกสารหลักฐานการขออนุญาตเพิ่มบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

- |   |        |      |
|---|--------|------|
| □ แบบฟอร์มคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล แบบ ส.พ.๑๖   | ๑      | ฉบับ |
| □ หนังสือรับรองการเปิดให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล   | ๑      | ฉบับ |
| □ รูปถ่ายแสดงเวลาเปิดให้บริการที่ติดแสดงด้านหน้าแผนก  | ๑      | ใบ   |
| □ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ<br>(กรณีเป็นนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัทและสำเนาบัตรประชาชนกรรมการฯ ๑ ชุด)   | ๑      | ฉบับ |
| □ แบบฟอร์มหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ แบบ ส.พ.๖ ของแพทย์ และ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน พร้อมเอกสาร คนละ ๑ ชุด คือ   |        |      |
| ๑. หนังสือรับรองแพทย์ หรือ หนังสือรับรองพยาบาล  |        |      |
| ๒. สำเนาบัตรประชาชน/ สำเนาทะเบียนบ้าน   | คนละ ๑ | ฉบับ |
| ๓. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ  | คนละ ๑ | ฉบับ |
| ๔. สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง (ด้านไตเทียม)   | คนละ ๑ | ฉบับ |
| ๕. รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี   | คนละ ๑ | ใบ   |
| ๖. สำเนาสัญญาจ้างกับสถานพยาบาล/โรงพยาบาล  | คนละ ๑ | ฉบับ |
| *หมายเหตุ : ทุกรอบ ทุกวัน ที่มีบริการ ต้องมีบุคลากรครบตามประกาศกระทรวงฯ กำหนด *   |        |      |
| □ ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับจริง  | ๑      | ฉบับ |
| □ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล   | ๑      | เล่ม |
| □ แผนผังแสดงที่ตั้งของแผนกภายในโรงพยาบาล ว่าอยู่ชั้นใด อาคารใด ของอาคารสถานพยาบาล   | ๑      | ฉบับ |
| □ แบบแปลนภายในแผนกที่แสดงมาตราส่วน และ ระยะต่างๆที่จำเป็น มีการแสดงรายละเอียดทางสถาปัตยกรรมที่สำคัญ เช่น ประตู ทางสัญจร ผนัง ครุภัณฑ์ ที่จำเป็นตามประกาศฯ   | ๑      | ชุด  |
| □ หนังสือชี้แจงว่าพื้นที่ใช้สอยเดิมเป็นอะไรและมีผลกระทบต่อจำนวนเตียงที่ได้รับอนุญาตเดิมหรือไม่ หากมีได้จัดทำแทนไว้ ณ ที่ใด  | ๑      | ฉบับ |
| □ เอกสารแสดงระบบไฟฟ้าและแสงสว่างสำรอง   | ๑      | ชุด  |
| □ เอกสารแสดงห้องปฏิบัติการชั้นสูงที่ได้มาตรฐาน เช่น ใบอนุญาตจากหน่วยงานราชการ และสามารถวิเคราะห์ผลการชั้นสูงได้เท่าที่จำเป็น เช่น Routine lab, KT/V, URR, HBsAb, Anti-HCV, EKG, CXR   |        |      |
| □ เอกสารรับรองมาตรฐานเครื่องไตเทียม /คู่มือประจำเครื่องฉบับภาษาไทย และเกณฑ์การทำความสะอาดและการทำนุบำรุงเครื่อง   | ๑      | ชุด  |
| □ เอกสารรับรองมาตรฐานระบบทำน้ำบริสุทธิ์, เกณฑ์การทำความสะอาดและควบคุมคุณภาพของน้ำบริสุทธิ์  |        |      |
| □ ผลวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำบริสุทธิ์จากตำแหน่งที่นำน้ำบริสุทธิ์มาใช้ ได้แก่ ตำแหน่งที่จ่ายน้ำบริสุทธิ์เข้าเครื่องไตเทียมแต่ละเครื่อง ตำแหน่งที่ใช้ล้าง และเตรียมตัวกรองเพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำ และตำแหน่งของน้ำ Dialysis ของเครื่องไตเทียมแต่ละเครื่อง อย่างน้อย ๒๕% ของตำแหน่งต่างๆ และมีแผนส่งเพาะเชื้อเป็นประจำทุกเดือน |        |      |
| □ ผลการตรวจหาสารปนเปื้อนทางเคมีตามมาตรฐานของ AAMI ของน้ำบริสุทธิ์ และมีแผนส่งตรวจอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง  |        |      |
| □ เอกสารการรับรองมาตรฐานตัวกรองเลือด  | ๑      | ชุด  |
| □ รายการเครื่องมือและยาในการปฏิบัติการกู้ชีพ,   |        |      |
| □ ระบบการช่วยชีวิตในภาวะฉุกเฉิน,  |        |      |
| □ หนังสือรับรองการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน  | ๑      | ชุด  |
| □ ระบบควบคุมการติดเชื้อและการดูแลความสะอาดภายในแผนก   | ๑      | ชุด  |
| □ แบบฟอร์มภายในแผนกที่สำคัญ ตามประกาศฯ  | ๑      | ชุด  |
| □ ระบบบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยออกตามท่อระบายน้ำสาธารณะ   | ๑      | ชุด  |
| □ สำเนาคำขออนุญาตและหนังสือรับรองจำนวน ๑ ชุด  |        |      |

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

**คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล**

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**๑. ข้าพเจ้า**

๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

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

 สัญชาติ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิตินุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

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

และ (๒) .....เลขประจำตัว 

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

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. มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ ดังต่อไปนี้**

- การลดหรือเพิ่มแผนกบริการ
- การลดหรือเพิ่มจำนวนเตียงรับบริการในแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยหนัก
- การลดหรือเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดหรือห้องคลอด
- การเปลี่ยนลักษณะของสถานพยาบาลจากที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว
- การเปลี่ยนลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายสถานที่หรือแผนกบริการภายในอาคารจากผังเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว
- การเพิ่มหรือลดอุปกรณ์
- การก่อสร้างอาคารชั้นใหม่ที่ต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร
- การก่อสร้างอาคารชั้นใหม่ที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง
- การดัดแปลงอาคารที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อค่าบริการผู้ป่วยในระหว่างการดำเนินการดัดแปลงนั้น
- การดัดแปลงอาคารที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง
- อื่น ๆ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว                               | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน                            |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์                           | <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล                       |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการจดทะเบียน (กรณีเป็นนิติบุคคล)   | <input type="checkbox"/> กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน |
| <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง    | และเป็นการเพิ่มบริการหรือก่อสร้างอาคารชั้นใหม่                       |
| <input type="checkbox"/> แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างแสดงลักษณะภายในอาคาร  | หรือตัดแปลงอาคาร จะต้อง มี   |
| ส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม  | - หลักฐานการอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล                        |
| <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล               | - ใบอนุญาตใช้อาคาร (เฉพาะกรณีก่อสร้าง                                |
| <input type="checkbox"/> ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖   | อาคารชั้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร)                                       |
| พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน                         | - หนังสือรับรองการจัดทำรายงานการวิเคราะห์                            |
| และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ (กรณีเพิ่ม                       | ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของกระทรวงวิทยาศาสตร์                              |
| บริการหรือเพิ่มจำนวนเตียง)   | เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม (เฉพาะกรณีก่อสร้าง                           |
| สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพ                           | อาคารชั้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร)                                       |
| <input type="checkbox"/> ในสาขาที่ให้บริการ (ถ้ามีการให้บริการเฉพาะสาขา) |  |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....                                     |  |

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

( ..... )

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. ....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของข้าพเจ้ามีได้อยู่ในระหว่าง 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