

**หลักฐานการรับคำขออนุญาต เปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพของสถานพยาบาล**  
(ยกเลิก หรือ เพิ่มผู้ประกอบวิชาชีพ)

สถานที่ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....  
เลขรับ..... วันที่รับเอกสาร..... วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

- เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....  
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ
- เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ  
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้.  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ  
วันที่...../...../.....

**รายการเอกสาร/หลักฐาน**

**๑. การเพิ่มผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล**

- แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ(ส.พ.๑๐)” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
  - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชน กรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
  - กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีภาระระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัด ทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด
- แบบฟอร์ม “หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ(ส.พ.๖)”  
คนละ ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน/ สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ประกอบวิชาชีพ คนละ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ คนละ ๑ ฉบับ
- สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง (ถ้ามี) คนละ ๑ ฉบับ
- กรณีเป็นคลินิก**
  - แบบรูปถ่ายครั้งตัวหน้าตรง ขนาด ๘ X ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี คนละ ๑ ใบ
  - แบบรูปถ่ายครั้งตัวหน้าตรง ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี คนละ ๑ ใบ
- กรณีเป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน**
  - แบบรูปถ่ายครั้งตัวหน้าตรง ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี คนละ ๑ รูป
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ๑ เล่ม

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) การเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิปับตร หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย  
เป็น..... เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น..... อื่น ๆ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

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

(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. ....

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

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้