

หลักฐานการรับคำร้อง  
การขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล

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

เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....  
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ  
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้.  
การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๑.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ  
วันที่...../...../.....

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๒.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ  
วันที่...../...../.....

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๓.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ  
วันที่...../...../.....

## รายการเอกสารที่ต้องยื่น และการรับรองคุณสมบัติของผู้ดำเนินการ

❖ รายการเอกสารของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาที่ขออนุญาต และ เป็นคนเดียวกันกับผู้ขอดำเนินการก็ได้

- |  |        |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล(ส.พ.๑)  | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล(ส.พ.๒)   | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ส.พ.๕)  | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนสำเนาทะเบียนบ้าน  | ๑ ชุด  |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์   | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> แผนผังแสดงที่ตั้ง และ แผนผังภายใน   | ๑ ชุด  |
| ระบุขนาดความกว้างความยาว ของอาคารและห้องต่างๆ โดยเฉพาะความกว้างของประตูห้อง ความกว้างของทางเดินต่างๆ ซึ่งต้องมีช่องกว้างไม่น้อยกว่าเซนติเมตรไม่รวมขอบวงกบ  |        |
| <input type="checkbox"/> ภาพถ่าย อาคาร ที่จะขอเปิดคลินิก และภาพถ่ายด้านหน้าทางเข้าคลินิก   | ๑ ชุด  |
| <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล ดังนี้  | ๑ ชุด  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำเนาทะเบียนบ้านคลินิก</li> <li>- สัญญาเช่า หรือ หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่</li> <li>- สำเนาบัตรประชาชนสำเนาทะเบียนบ้านผู้ให้เช่าหรือผู้ยินยอม</li> <li>- กรณีผู้ให้เช่าหรือผู้ยินยอมไม่มีชื่อเป็น เจ้าบ้านทะเบียนบ้านของคลินิกให้แนบสำเนาโฉนด</li> </ul> |        |
| <input type="checkbox"/> บันทึกชี้แจงการควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อ   | ๑ ชุด  |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการกำจัดขยะติดเชื้อ ระบุรายการดังนี้   |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชื่อและที่อยู่ของผู้ให้บริการและคลินิกที่รับบริการ</li> <li>- วิธีการกำจัดขยะติดเชื้อของหน่วยงานที่ให้บริการ</li> <li>- ระยะเวลาที่ทำสัญญาบริการ ระบุตั้งแต่วันที่ยื่นเรื่องจนถึงวันที่สิ้นสุดวาคม ของปีนั้นๆ</li> </ul>                                  |        |
| <input type="checkbox"/> นิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท  |        |
| ตามข้อกำหนดและเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยหนังสือเอกสาร   |        |
| <input type="checkbox"/> กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์สำหรับ  |        |
| ทำการแทนครั้งเดียว ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทนให้ละเอียด เช่น ยื่นคำขอการแก้ไขข้อความการรับใบอนุญาต  |        |
|  | ๑ ชุด  |

❖ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

- |  |        |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(ส.พ.๑๘)         | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนสำเนาทะเบียนบ้าน                      | ๑ ชุด  |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์   | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฉบับ                        | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง(ถ้ามี) | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่ายขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร                         | ๔ ใบ   |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่ายขนาด ๘ X ๑๓ เซนติเมตร                          | ๒ ใบ   |

### การรับรองตัวเองของผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

- ผู้ขออนุญาตดำเนินการต้องมายื่นเรื่องด้วยตัวเอง
- ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้วสองแห่ง
- สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิดตลอดเวลาทำการของคลินิก
- เวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้ไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่เป็นผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลแห่งอื่น
- เวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้ ไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ของสถานพยาบาลแห่งอื่น
- ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้อยู่ระหว่างการ ศึกษา/อบรม หรือ สอนหนังสือ ใดๆตลอดเวลาที่ขอดำเนินการ
- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการดำเนินการ และ ประกอบวิชาชีพ ในระบบสารสนเทศฯไม่ซ้ำซ้อน

ข้าพเจ้ารับทราบและขอรับรองว่ามีคุณสมบัติตามข้อกำหนดดังกล่าว

.....  
(.....)  
ผู้ขออนุญาตดำเนินการ

#### ❖ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล (ผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

- หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ(ส.พ.๖) พร้อมแนบหลักฐานตามท้ายแบบ **พ.๖** **ทุกคน** คนละ๑ ชุด

#### ❖ ข้อกำหนดอื่นๆ

- ชื่อคลินิกไม่ซ้ำกับคลินิกอื่น ถ้าเป็นชื่อบุคคลต้องเป็นชื่อของผู้ขออนุญาตดำเนินการนี้ต้องมีลักษณะคลินิกเช่น “คลินิกเวชกรรม” หรือ “คลินิกทันตกรรม” นำหน้าหรือต่อท้าย
- กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ ๑. แนบสำเนาใบอนุญาตนำเข้าจาก .๒๒. แนบสำเนาใบรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์ ๓. แนบสำเนาใบอนุญาตผลิตหรือใช้ซึ่งพลังงานปรมาณูจากเครื่องตั้งรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ(Tel: ๐ ๒๕๙๖ ๗๖๐ ต่อ ๑๕๑๑) และต้องมีห้องเอกซเรย์ที่ได้มาตรฐาน
- กรณีมีเครื่องมือแพทย์ให้ทำทะเบียนรายชื่อและจำนวนเครื่องมือแพทย์ พร้อมทั้งรับรองการนำเข้าหรือผลิตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เอกสารแนบท้ายระบุชื่อเครื่องมือแพทย์ชนิดนั้นๆ

แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ขออนุญาต

ให้เขียนเครื่องหมาย  ล้อมรอบข้อที่ถูกต้องที่สุด

#### ๑. ขั้นตอนการขออนุญาตข้อใดถูกต้อง

- ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอและคุณสมบัติ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ลงนามอนุญาต
- ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอและคุณสมบัติ ตรวจสอบที่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนามอนุญาต
- ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอและคุณสมบัติ ตรวจสอบที่ นำเข้าพิจารณาในที่ประชุมคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล นายแพทย์สาธารณสุขฯลงนามอนุญาต
- ไม่มีข้อใดถูก

๒. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับคุณสมบัติและหน้าที่ของ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
- เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่แห่งก็ได้ โดยเวลาที่ประกอบวิชาชีพ(หรือวิชาชีพ) ต้องไม่ตรงกัน
  - จัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพตลอดเวลาทำการ
  - ควบคุมดูแลให้มีการใช้หรือยินยอมให้ผู้อื่นใช้สถานพยาบาลประกอบกิจการผิดประเภทหรือผิดลักษณะ
  - ควบคุมดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยประกอบวิชาชีพตามสาขา
๓. ข้อใดถูกต้องตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.๒๕๔๑
- สามารถเปิดให้บริการได้ ตั้งแต่วันที่ถ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอและรับเรื่องไว้
  - การเลิกกิจการ ต้องแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน
  - เมื่อได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลแล้วสามารถออกหน่วยให้บริการตรวจสอบคุณภาพตามโรงงานต่างๆ ได้
  - เมื่อผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพติดธุระ ผู้ดูแลคลินิกสามารถเปิดร้านเพื่อรับนัดผู้ป่วยได้
๔. สิ่งใดที่ต้องติดแสดงไว้ที่สถานพยาบาลให้เห็นชัดเจน
- ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
  - หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล
  - ป้ายแสดง รูปถ่าย ชื่อและสกุล ของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล
  - ถูกทุกข้อ
๕. การขออนุญาตโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลประเภทที่ ๑ หรือ ๒ มี ค่าธรรมเนียมเท่าไร
- หน้า ๑๐๐ บาท
  - หน้าละ ๒๐๐ บาท
  - หน้าละ ๕๐๐ บาท
  - หน้าละ ๑,๐๐๐ บาท
๖. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลมีอายุกี่ปี
- ๑ ปี
  - ๒ ปี
  - ๕ ปี
  - ๑๐ ปี
๗. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลมีอายุกี่ปี
- ๑ ปี
  - ๒ ปี
  - ๕ ปี
  - ๑๐ ปี
๘. หลังจากที่ได้รับอนุญาตไปแล้วสิ่งใดที่ยื่นคำร้องขออนุญาตเพิ่มเติมภายหลัง
- Facebook Instagram สื่ออินเทอร์เน็ตต่างๆ
  - การนำเครื่องมือแพทย์เข้ามาใช้ในคลินิก
  - เปลี่ยนลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายแผนกบริการภายในอาคารจากผังเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้
  - ถูกทุกข้อ

เลขรับที่ .....

วันที่ .....

ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล  
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

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 .....

๑.๓ มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

- คลินิกเวชกรรม
- คลินิกทันตกรรม
- คลินิกเฉพาะทาง  ด้านเวชกรรม  ด้านทันตกรรม  ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกกายภาพบำบัด
- คลินิกเทคนิคการแพทย์
- คลินิกการแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- คลินิกการประกอบโรคศิลปะ  กิจกรรมบำบัด  การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
- เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก  รังสีเทคนิค  จิตวิทยาคลินิก  กายอุปกรณ์
- การแพทย์แผนจีน  อื่น ๆ
- สหคลินิก ประกอบด้วย .....

๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย .....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....



## แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

### ๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

- คลินิกเวชกรรม  
 คลินิกทันตกรรม  
 คลินิกเฉพาะทาง     ด้านเวชกรรม     ด้านทันตกรรม     ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์  
 คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์  
 คลินิกกายภาพบำบัด  
 คลินิกเทคนิคการแพทย์  
 คลินิกการแพทย์แผนไทย     การแพทย์แผนไทย     การแพทย์แผนไทยประยุกต์  
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ     กิจกรรมบำบัด     การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย  
 เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก     รังสีเทคนิค     จิตวิทยาคลินิก     กายอุปกรณ์  
 การแพทย์แผนจีน     อื่น ๆ  
 สหคลินิก ประกอบด้วย .....

### ๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม .....

### ๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

- เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ     เป็นอาคารอยู่อาศัย     เป็นห้องแถว     เป็นตึกแถว  
 เป็นบ้านแถว     เป็นบ้านแฝด     เป็นอาคารพาณิชย์     ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า  
 อื่น ๆ ..... มี.....คูหา.....ชั้น

๔. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ..... วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

### • การอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

- อนุมัติ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ตามแบบ ส.พ.๒ ที่แนบมาพร้อมนี้  
 มอบหมายให้พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้มีรายนามดังต่อไปนี้ ออกตรวจลักษณะสถานพยาบาลในวันที่.....  
 ๑.....  
 ๒.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้อนุญาต

(นายรังสรรค์ วงษ์บุญหนัก)

. หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค.

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่ .....

วันที่ .....

ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

## คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อ .....เลขประจำตัว 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี ๑.๒ นิตินบุคคล.....โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

เป็นนิตินบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ ..... เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เต็ม

## ๒. ลักษณะของสถานพยาบาล

 ๒.๑ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

- คลินิกเวชกรรม
- คลินิกทันตกรรม
- คลินิกเฉพาะทาง  ด้านเวชกรรม  ด้านทันตกรรม  ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกกายภาพบำบัด
- คลินิกเทคนิคการแพทย์
- คลินิกการแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- คลินิกการประกอบโรคศิลปะ  กิจกรรมบำบัด  การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
- เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก  รังสีเทคนิค  จิตวิทยาคลินิก  กายอุปกรณ์
- การแพทย์แผนจีน  อื่น ๆ
- สหคลินิก ประกอบด้วย .....

## บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- ห้องเอกซเรย์  ห้องไตเทียม  ห้องผ่าตัด  ห้องฝังเข็ม
- อื่น ๆ .....



๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

- โรงพยาบาลทั่วไป       ขนาดเล็ก       ขนาดกลาง       ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะทาง .....  ขนาดเล็ก       ขนาดกลาง       ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลทันตกรรม       ขนาดเล็ก       ขนาดกลาง       ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์       ขนาดเล็ก       ขนาดกลาง       ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลกายภาพบำบัด       ขนาดเล็ก       ขนาดกลาง       ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย       ขนาดเล็ก       ขนาดกลาง       ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย       ขนาดเล็ก       ขนาดกลาง       ขนาดใหญ่

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- อายุรกรรม       ศัลยกรรม       สูตินรีเวชกรรม       กุมารเวชกรรม
- แผนกเทคนิคการแพทย์       แผนกออร์โธปิดิกส์       แผนกโรคผิวหนัง       แผนกการผสมเทียม
- แผนกกายภาพบำบัด       แผนกการแพทย์แผนไทย       แผนกโภชนาการ       แผนกซักฟอก
- หอผู้ป่วยหนัก       ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก       ห้องผ่าตัดเล็ก       ห้องให้การรักษา
- ห้องทารกหลังคลอด       การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ       ห้องไตเทียม       ห้องทันตกรรม
- รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์       การผ่าตัดเปิดหัวใจ       การสวนหัวใจ       รังสีบำบัด
- การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า       การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ       ห้องเก็บศพ
- แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์       แผนกการนวด       แผนกการแพทย์แผนจีน       อื่น ๆ .....

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) .....

ณ สถานพยาบาลชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว       หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส.พ. ๖  
พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน  
และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
- สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์       สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- สำเนาโฉนดที่ดิน หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)       หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
- เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้

- (ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล
- (ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง
- (ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร
- (ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร
- (จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร
- (ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร
- (ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

- กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
- (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ตัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
- (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

- หมายเหตุ** ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ
๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

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. ....

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

|                       |
|-----------------------|
| เลขรับที่.....        |
| วันที่.....           |
| ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ |

- คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

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

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ..... ออกให้ ณ วันที่ .....

 วุฒิบัตร  หนังสืออนุมัติ  หนังสือรับรอง สาขา.....ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เพียงวัน/เวลาทำการ..... เพื่อ  ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่ ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก  ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป

ลักษณะสถานพยาบาล ..... ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

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

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

 เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล(แห่งอื่น) ชื่อ.....ที่ตั้ง.....

.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

 เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้

(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว  | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ    |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน   | <input type="checkbox"/> สำเนาอุฉนิบัตร 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

แนวทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล

ของสถานพยาบาลชื่อ.....

๑. ภาชนะที่ใช้ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อ

.....  
.....

๒. ภาชนะที่ใช้ในการเก็บขยะของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด สไลด์ ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว เป็นต้น

.....  
.....

๓. หน่วยงานที่ส่งขยะติดเชื้อไปกำจัด

ระยะเวลาหรือความถี่ในการส่งกำจัด.....

.....

๔. การทำความสะอาด และ การทำให้ปราศจากเชื้อ ภายในสถานพยาบาล เครื่องมือ และวัสดุการแพทย์

๔.๑. บริเวณพื้นที่ห้องตรวจทำความสะอาดด้วย.....

.....

๔.๒. บริเวณพื้นที่ห้องทำแผล/ห้องปฏิบัติการต่างๆ.....

.....

๔.๓. เติียงตรวจเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาอะไร.....

๔.๔. รถทำแผลเช็ดฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาอะไร.....

.....

๔.๕. เครื่องมือตรวจโรคทั่วไป เช่น เครื่องวัดความดัน หูฟัง ทำความสะอาดด้วยวิธีใด.....

.....

๔.๖. ปรอทวัดไข้.....

๔.๗. ไม้กดลิ้น.....

๔.๘. ขวดแก้วแบ่งน้ำยาบนรถทำแผลทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด.....

.....

๔.๙. วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ เช่น กระจกใส่ Transfer Forceps, Forceps, Curette,กรรไกรตัดไหม ถาด ใส่  
เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ หม้อก๊อช/สาลี่ ฆ่าเชื้อโดยวิธีใด.....

.....

๔.๑๐. Set Sterile ต่างๆ เช่น Set ทำแผล Set เย็บแผล เป็นต้น...ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด.....

.....

๔.๑๑. เข็ม Syring ถุงมือ...ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด หรือ ใช้แบบฆ่าเชื้อสำเร็จรูปใช้ครั้งเดียวทิ้ง.....

.....

.....

๔.๑๒.เครื่องมือแพทย์หรือเครื่องมือทันตกรรมต่างๆ.ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด

ชุดตรวจฟัน ชุดอุดฟัน ชุดถอนฟัน(ที่ทำด้วยโลหะ).....

.....

ด้ามกรอฟัน(กรอช้า/กรอเร็ว).....

.....

เครื่องชุดหินปูนไฟฟ้า.....

.....

ด้ามจับ Suction , tripple Syring, ท่อนำแสงของเครื่องฉายแสง.....

.....

เครื่องมือ/วัสดุที่ทำด้วยพลาสติกยาง เช่น ด้ามพู่กัน,Rubber cup,ชนแปรงพู่กัน.....

.....

การทำลายเชื้อพื้นผิวที่ปนเปื้อน เช่น เบาะเก้าอี้ทำฟัน ปุ่มปรับต่างๆ.....

.....

อื่นๆได้แก่.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

หลักฐานการใช้บริการกำจัดขยะติดเชื้อ

.....

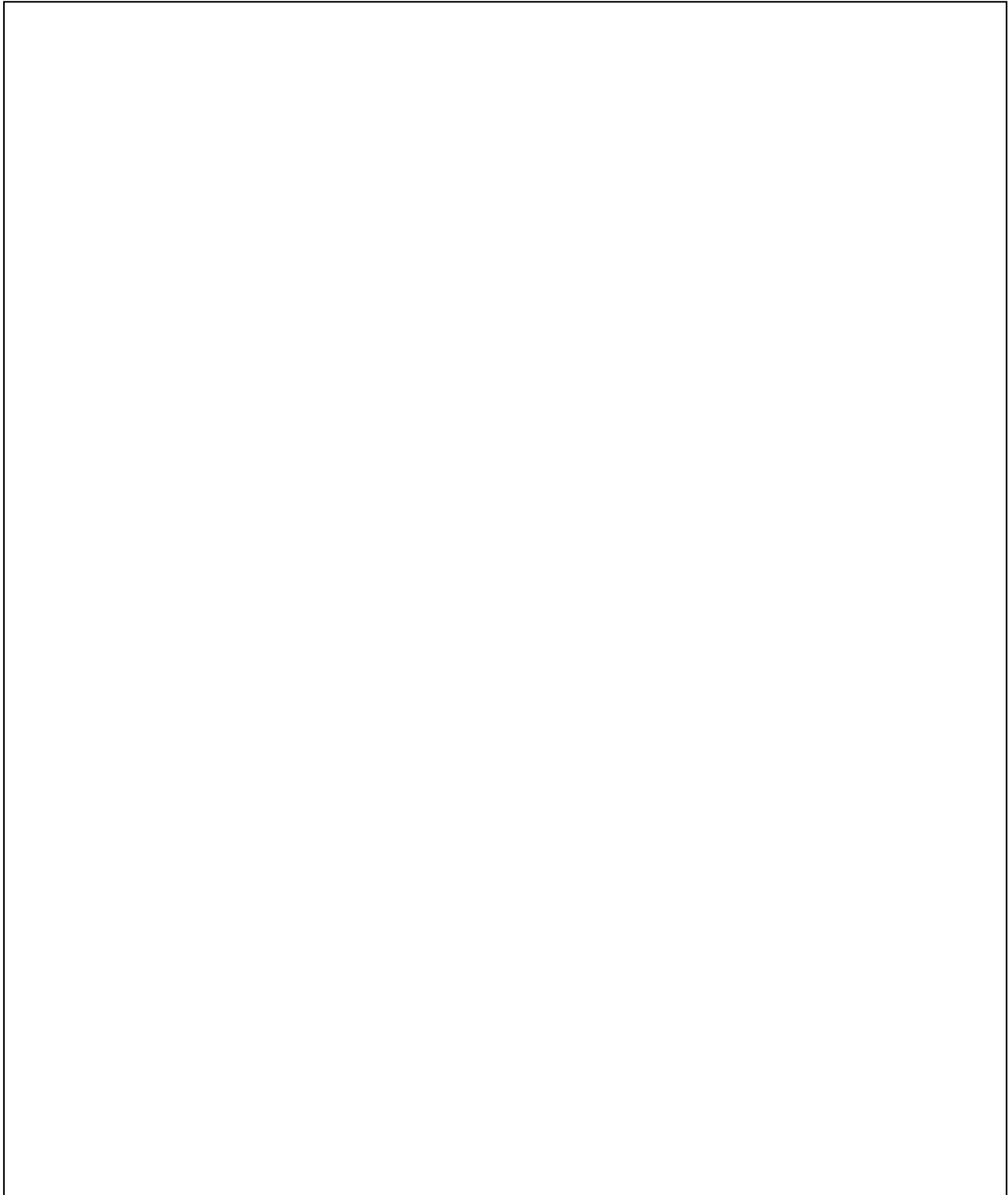
(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....)

แผนผังแสดงที่ตั้งสถานพยาบาล

สถานพยาบาลชื่อ.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ



ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

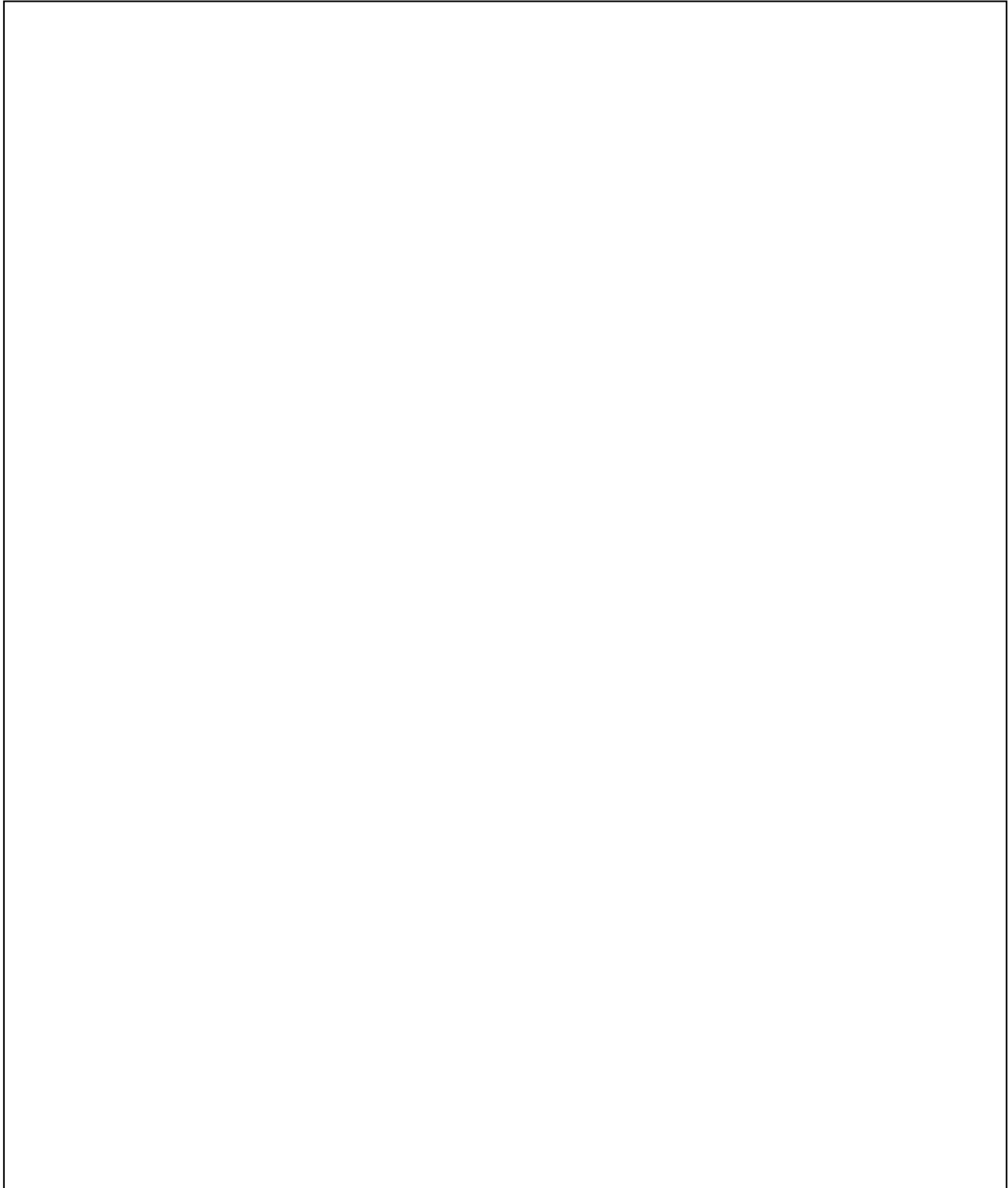
(.....)



แผนผังภายในสถานพยาบาล

สถานพยาบาลชื่อ.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ



ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต  
(.....)