

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

แบบคำขออนุมัติสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล  
 กรณีให้บริการเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ  
 กรณีโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))  
 เป็นการชั่วคราว

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....โดย นาย/นาง/นางสาว .....

อายุ ..... ปี สัญชาติ..... อยู่เลขที่ ..... ซอย..... ตรอก .....

ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....

จังหวัด..... โทรศัพท์ .....

เป็นผู้ประกอบกิจการ .....

ขออนุมัติสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพื่อให้บริการเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมาย  
 ว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))  
 เป็นการชั่วคราว ตามมาตรา ๕ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม  
 โดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙

จำนวน ..... เตียง

ชื่อสถานประกอบกิจการ ..... ตั้งอยู่ที่ .....

หมู่ที่..... ซอย..... ตรอก..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่ามี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ปฏิบัติงาน

๑. แพทย์ ..... คน ๒. พยาบาล .....

๓. ทันตแพทย์ ..... คน ๔. เภสัชกร .....

๕. นักกายภาพบำบัด ..... คน ๖. นักเทคนิคการแพทย์ .....

๗. แพทย์ ...

๗. แพทย์แผนไทย ..... คน
- เวชกรรมไทย ..... คน - เภสัชกรรมไทย ..... คน
- การผดุงครรภ์ไทย..... คน - การนวดไทย ..... คน
- การแพทย์พื้นบ้านไทย..... คน
๘. แพทย์แผนไทยประยุกต์ ..... คน
๙. ผู้ประกอบโรคศิลปะ
- (๑) กิจกรรมบำบัด ..... คน (๒) การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย..... คน
- (๓) เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ..... คน (๔) รังสีเทคนิค ..... คน
- (๕) จิตวิทยาคลินิก ..... คน (๖) กายอุปกรณ์..... คน
- (๗) การแพทย์แผนจีน..... คน
- (๘) อื่นๆ..... คน

ทั้งนี้ ได้ประสานสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือ  
การรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำ ประสานความร่วมมือและรับส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อสถานพยาบาล ..... เลขที่ใบอนุญาต .....

ตั้งอยู่ที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ให้การช่วยเหลือ  
(.....)