

หลักฐานการรับคำขออนุญาต
สถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมาย ออกให้บริการเป็นการชั่วคราว

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

- เป็นไปตามเงื่อนไข คือ แจ้งผู้อนุญาตทราบก่อนออกบริการอย่างน้อย ๕ วัน
- แบบฟอร์ม “แบบแจ้ง สพ.อ.ศ” ๑ ฉบับ
- รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่จะออกให้บริการ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะเซ็นรับรองสำเนาโดยเจ้าของเอกสารทุกฉบับ ๑ ฉบับ
- แบบบันทึกสมุดทะเบียนผู้ป่วยมีช่องให้ระบุ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และรายการที่จะตรวจ ๑ ฉบับ
- แบบบันทึกการปฏิบัติงานระบุ วัน เวลา สถานที่ และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพ หรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ ๑ ฉบับ

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ
สำหรับสถานพยาบาลที่ไ้ช้ยานพาหนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่
ซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว

อายุ ปี สัญชาติ อยู่เลขที่ ซอย..... ตรอก

ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

ขอแจ้งแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสำหรับสถานพยาบาล
ที่ไ้ช้ยานพาหนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่ ดังนี้

(๑) วัน เวลาในการออกไปให้บริการ ระหว่าง.....ถึงวันที่.....

(๒) สถานที่ในการออกไปให้บริการ ณ.....

(๓) ผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๑ วิชาชีพเวชกรรม คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

(๓).....

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น

(ลายมือชื่อ) ผู้รับแจ้ง

(.....)

ผู้อนุญาต

สมุดทะเบียนผู้ป่วย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ	เพศ	รายการที่ตรวจ

ตัวอย่าง

