



ที่ สป ๐๐๓๓.๐๐๔/ *สป*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
๑๙ ซอย ๓๕ อีควินท์ ๒ สป ๑๐๒๗๐

สป กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๖๗ การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ครบ ๑๐ ปี)
และการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ครบ ๒ ปี)

เรียน ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการและผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

- | | |
|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตสถานพยาบาลฯ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. แบบประเมินมาตรฐานฯ โดยตนเอง | จำนวน ๑ ชุด |
| ๕. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ตามที่ท่านได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ซึ่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ จึงขอให้ท่านดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๖๗ และขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล ที่จะสิ้นอายุลงในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ - วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ชั้น ๑ อาคารคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ท่านจะต้องทำการจองคิว โดยสแกน QR Code ในเอกสารขั้นตอนการจองคิวเพื่อต่ออายุประจำปี ๒๕๖๗ ด้านหลังหนังสือหรือเว็บไซต์ <http://fdasamutprakan.com/form/renewal๖๖/> หากไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและ/หรือไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล โดยยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการประกอบกิจการและ/หรือดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปีหรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับและศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ชไมพร

(นายประภาส ผูกดวง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

โทร. ๐ ๒๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๐๖, ๑๐๙

โทรสาร ๐ ๒๓๙๕ ๑๐๓๔

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

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ประจำปี ๒๕๖๗

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า

(บุคคลธรรมดา).....เลขที่บัตรประชาชน

(นิติบุคคล).....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

สถานพยาบาลชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล คลินิกตั้งอยู่เลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์.....

ปัจจุบันมีผู้ดำเนินการคลินิกชื่อ.....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๗ ดังนี้

จำนวนเงิน ๕๐๐ บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท

(กรณีชำระหลังวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ ต้องชำระเงินเพิ่มเติมเดือนละ ๒๕ บาท)

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลฯ โดยตนเอง
- สำเนาสัญญาการใช้บริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากหน่วยงานที่ให้บริการฯ หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน

(ลายมือชื่อ)ผู้รับอนุญาต
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่...../เลขที่.....

จำนวนเงิน.....บาท วันที่...../...../.....

ลงชื่อ จนท.ผู้มอบแบบ สฟ.๑๒ /ลงรายการใบสำคัญรับเงิน.....

.....

ข้าพเจ้าได้รับ ส.พ.๑๒ เลขที่.....

สมุดทะเบียน คืนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน
(.....) (ตัวบรรจง)

วันที่...../...../.....

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต แทนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตสถานพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานพยาบาล (คลินิก) ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล คลินิกตั้งอยู่เลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์.....

ต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๑. ชื่อผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

(บุคคลธรรมดา).....เลขที่บัตรประชาชน

(นิติบุคคล).....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตฯ จำนวน ๑,๐๐๐ บาท

๓. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมนี้ ใบอนุญาตฉบับจริง สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ)ผู้ประกอบกิจการ/ผู้แทน
(.....)

ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

๑. ชื่อผู้รับอนุญาตดำเนินการ

.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตฯ จำนวน ๒๕๐ บาท

๓. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมนี้ ใบอนุญาตฉบับจริง สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
(กรณีใบอนุญาตดำเนินการต่อครบสี่ช่อง)

(ลายมือชื่อ)ผู้ดำเนินการ
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่...../เลขที่.....

จำนวนเงินรวม.....บาท วันที่...../...../.....

ลงชื่อผู้ลงรายการ

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
๓. มีการแสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลไว้ด้านหน้าคลินิก โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๔. ชำระค่าธรรมเนียมปีแล้ว และติด ส.พ.๑๒ (แบบแสดงการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี) ไว้ด้านหน้าคลินิกสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๕. ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก ๒ ปี (กรณีใหม่ไม่ถึง ๒ ปีใส่√ ช่อง <input type="checkbox"/> มี)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๖. แสดงหรือติดป้ายวัน เวลา ที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนตรงตามใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๗. แสดงหรือติดป้ายคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ด้านหน้าคลินิกในที่เปิดเผย สามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๘. แสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ (ข้อความหรือสัญลักษณ์) ได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๙. แสดงอัตราค่าบริการพยาบาล เช่นค่ายา...ค่าทำแผล...ค่าดูดฟืน...ค่าตรวจเลือด.... ฯลฯ ไว้ในที่เปิดเผย (เป็น ป้าย หรือแฟ้มหรือคอมพิวเตอร์ ฯลฯ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๐. มีป้ายแจ้งว่า สอบถามอัตราค่าบริการได้ที่.....(แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่หรือได้ที่นี้) มองเห็นชัดเจน ด้วยตัวอักษรข้อความสูง ๑๐ เซนติเมตร(ไม่บังคับสี)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๑. มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สำหรับบันทึกประวัติคลินิก ที่ผู้อนุญาตเป็นผู้ออกให้ เป็นเล่มสีเขียว)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๒. สถานที่ตั้งมีความมั่นคง ปลอดภัยไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย (พื้น ผนัง เพดาน ประตูหรือโครงสร้างอื่น ๆ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๓. พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับร้ายขายยาหรือกิจการอื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๔. กรณีที่มีการให้บริการของสถานพยาบาลหลายลักษณะหรือหลายสาขารวมอยู่ในอาคารเดียวกัน (สหคลินิก) จะต้องมีส่วนให้ชัดเจน และแต่ละส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานการให้บริการนั้น ๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๕. บริเวณทั้งภายนอก ภายใน และการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีความสะอาดเรียบร้อย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๖. มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานติดตั้งโดยส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร สามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๗. มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ กรณีติดเครื่องปรับอากาศ ต้องมีพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอกอาคาร ทั้งนี้ ถ้าความสูงของฝ้าเพดานน้อยกว่า ๒.๖๐ เมตร ผู้ขอรับอนุญาตฯ ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๘. มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษ เป็นสัดส่วนมิดชิด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๙. ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๐. ซองยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๑. มีวัตถุออกฤทธิ์หรือไม่ - กรณีที่มีวัตถุออกฤทธิ์ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๒. มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่อุณหภูมิค่าตู้เย็นนั้น ต้องไม่มีอาหาร หรือเครื่องดื่มปะปน และมีการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย ๑ จุด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๓. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ(ป้ายชื่อใบสีน้ำเงิน)ที่กำลังปฏิบัติงานในขณะนั้น ในบริเวณที่ให้เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้น ๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
๒๔. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย(OPD Card) เก็บไว้ไม่น้อยกว่า ๕ ปี มีการบันทึกเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้ ก) ชื่อสถานพยาบาล ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆของผู้มารับบริการ ประวัติอาการป่วย การแพทย์ ผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ) การวินิจฉัยโรค ฉ) การรักษา ช) ลายมือชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพผู้ให้การรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๕. มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน เก็บไว้ไม่น้อยกว่า ๕ ปี อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ ก) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) การวินิจฉัยโรค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๖. มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล (ส.พ.๒๓) ตั้งแต่ ๑ ตค.ของปีที่ผ่านมา ถึง ๓๐ กย. ในปีนั้นๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียมประจำปีถัดไป	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ถ้าส่งส่งรายงานประจำปี๒๕๕.....
๒๗. มีการทำให้เครื่องปราศจากเชื้อ ๒๗.๑ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมตรวจสอบ การทำความสะอาด และทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องบำบัดรักษาหรือในบริเวณที่มีงานหัตถการ ๒๗.๒ กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ โปรตรະบุนีทำ ๒๗.๒.๑ แขน้ำยา ๒๗.๒.๒ อบนึ่งใน Atoclave (เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน) ๒๗.๒.๓ อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๘. มีห้องตรวจภายใน หรือไม่ ๒๘.๑ ในกรณีมีห้องตรวจภายใน จะต้องมี - ห้องเป็นสัดส่วนมิดชิด - มีเตียงสำหรับตรวจภายใน และไฟส่องตรวจ - มีอุปกรณ์ตรวจภายใน ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม - มีผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัว ป้องกัน การเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๙. มีเครื่องเอกซเรย์ หรือไม่ (เฉพาะคลินิกทันตกรรมต้องมีเครื่องเอกซเรย์ฟัน) ๒๙.กรณีมีเครื่องเอกซเรย์จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และได้รับใบอนุญาตให้ใช้เครื่องเอกซเรย์จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓๐. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุงสีแดงเขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม มูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลการให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรคและการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓๑. มีการโฆษณาสถานพยาบาลหรือไม่ ๓๑.๑ กรณีมีการโฆษณามีข้อความไปตามกฎหมาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบประเมินนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล / ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ขั้นตอนการจองคิว เพื่อต่ออายุประจำปี 2567



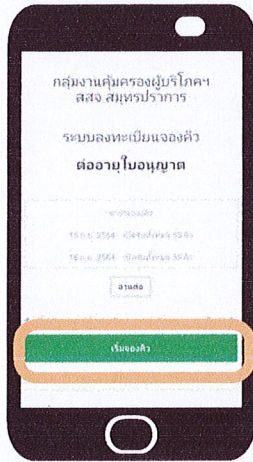
สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดน่าน

1 แสแกน QR code

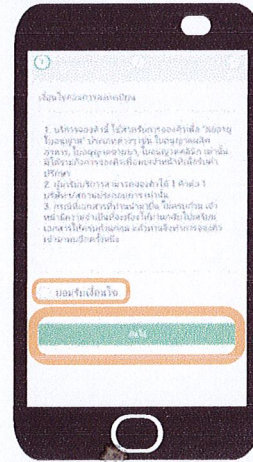


หรือเข้าไปที่
<https://คิวพร้อม.com?e=406555>

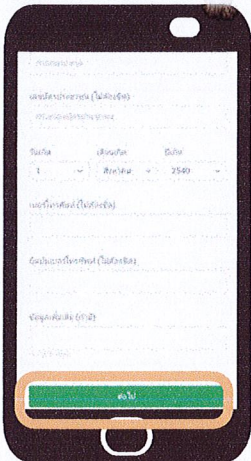
2 กดปุ่ม
"เริ่มจองคิว"



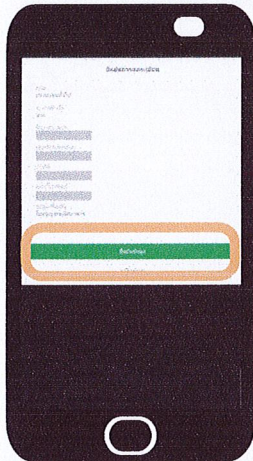
3 อ่านเงื่อนไขให้เข้าใจ แล้วกด
"ยอมรับเงื่อนไข" และ "ถัดไป"



4 กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน
แล้วกด "ต่อไป"



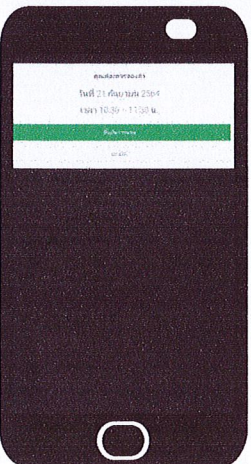
5 ตรวจสอบข้อมูลอีกครั้ง
แล้วกด "ยืนยันข้อมูล"



6 เลือกวันและเวลาที่ต้องการ
แล้วกด "จอง"



7 ตรวจสอบข้อมูลการจอง
แล้วกด "ยืนยันการจอง"



8 จองคิวสำเร็จ
(กรุณาชำระค่าจองคิว)



กรุณามารับบริการให้ตรง
วันและเวลาที่ท่านได้จองไว้
พร้อมแสดงรหัสการจอง
หรือบัตรประชาชน

การโฆษณาสถานพยาบาล

“ **ไม่ได้ยื่นขออนุมัติ และไม่ได้รับอนุมัติให้โฆษณาสถานพยาบาล มีความผิด** ”

การโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลทุกช่องทาง
แผ่นป้าย, โฆษณามีเดีย เช่น Facebook IG TikTok ฯลฯ

1. สถานพยาบาลตั้งใหม่ หรือ รับโอนกิจการ จะต้องยื่นขออนุมัติ และได้รับอนุมัติให้โฆษณาจากผู้อนุญาต หากไม่ได้ยื่นขออนุมัติ และไม่ได้รับอนุมัติให้โฆษณาสถานพยาบาล จะเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 38 วรรคหนึ่ง ซึ่งต้องระวางโทษตามมาตรา 68 วรรคหนึ่ง ปรับไม่เกิน 20,000 บาท ทั้งนี้ พังระวางว่าการปรับจะปรับในทุกช่องทางที่ทำการโฆษณา
2. เมื่อได้รับอนุมัติให้โฆษณาแล้ว จะต้องแสดงเลขที่อนุมัติ ขสพ.สป...../..... ในสื่อโฆษณาที่ได้รับอนุมัติ หรือ เฉพาะในหน้าโฆษณาที่ได้รับอนุมัติเท่านั้น หากไม่แสดงเลขที่อนุมัติการโฆษณาในสื่ออื่นๆ ประชาชนทั่วไป จะเข้าใจว่าการโฆษณาในสื่ออื่นๆ สถานพยาบาลทำการโฆษณาโดยไม่ได้รับอนุมัติ ทั้งนี้ พังระวาง กรณีนี้อาจถูกดำเนินคดี
3. เนื้อหาการโฆษณาจะต้องถูกต้องตามกฎหมาย หากเนื้อหาโฆษณามีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายใด จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายนั้นๆ ให้ถูกต้องก่อนมายื่นขอโฆษณา มิเช่นนั้นจะเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 38 วรรคสอง ซึ่งต้องระวางโทษตามมาตรา 68 วรรคสอง จำคุก 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ ทั้งนี้ พังระวางว่าการปรับจะปรับในทุกช่องทางที่ทำการโฆษณา

สอบถามเพิ่มเติมโทร 0 2389 5980 ต่อ 106

การแสดงผลที่อนุมัติโฆษณา

สถานพยาบาลต้องแสดงเลขที่ได้รับอนุมัติให้โฆษณาในชิ้นงานโฆษณาตามประกาศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณา หรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ.2562 (ข้อ 14) ที่ยื่นขออนุมัติโฆษณา จากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

