

ที่ สป ๐๐๓๓.๐๐๔/ ๕๕๐๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
๑๙ ซอย ๓๕ อีควินท์ ๒ สป ๑๐๒๗๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง การต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี และการต่ออายุใบอนุญาตให้
ดำเนินการสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๗

เรียน ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ และผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๑)	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๒๐)	จำนวน ๑ ฉบับ
	๔. แบบรายงานประจำปีฯ (แบบ ส.พ. ๒๔)	จำนวน ๑ ชุด
	๕. หนังสือมอบอำนาจ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๖. ขั้นตอนการจ้องคิวเพื่อต่ออายุประจำปี	จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ซึ่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๒๐ ได้กำหนดให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องชำระค่าธรรมเนียมทุกปี ประกอบกับมาตรา ๑๙ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต และมาตรา ๒๘ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ จึงขอให้ท่านดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๖๗ ขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ กรณีที่ใบอนุญาตใช้ได้ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ (ครบ ๑๐ ปี) และขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล กรณีที่ใบอนุญาตใช้ได้ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ในวันเวลาราชการ ณ ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการสามารถ นัดหมายผ่านระบบออนไลน์ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๖ หากท่านไม่ชำระค่าธรรมเนียมประจำปีต้องชำระเงินเพิ่มตามที่กฎหมายกำหนด หากไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและ/หรือไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการประกอบกิจการและ/หรือดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปีหรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับและศาลจะสั่งให้รับบรรดาสินของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายธงชัย วิเศษบุปผา)

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฯ รักษาราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

โทร. ๐ ๒๓๘๘ ๕๕๘๐ ต่อ ๑๐๖, ๑๐๙

โทรสาร ๐ ๒๓๘๕ ๑๐๓๔

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี

(ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า

(บุคคลธรรมดา).....เลขที่บัตรประชาชน

(นิติบุคคล).....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

สถานพยาบาล ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

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

ปัจจุบันมีผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ.....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี

จำนวน.....บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท

(กรณีชำระหลังวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ ต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละ ๕ ต่อเดือน)

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

สำเนาหลักฐานการใช้บริการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อ

รายงานประจำปี (ส.พ.๒๔)

อื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ.....*ดูสรุปรายการเอกสารที่ต้องยื่นทั้งหมดด้านหลังคำขอ*

(ลายมือชื่อ)ผู้รับอนุญาต

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน

(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

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

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

ต่ออายุใบดำเนินการ.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้มอบเอกสารและลงรายการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุญาต

ข้าพเจ้าได้รับ

ส.พ.๙ เลขที่.....

สมุดทะเบียน คืบแล้ว

ใบอนุญาตดำเนินการ คืบแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน

(.....) (ตัวบรรจง)

วันที่...../...../.....

รายการเอกสารหลักฐานในการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

- คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)
- กรณีผู้ประกอบกิจการ(ผู้ยื่นคำขอ) เป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล สำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจลงนามผูกพัน และประทับตราสำคัญของบริษัทตามเงื่อนไข
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (เล่มสีน้ำเงิน)
- แบบรายงานประจำปี (แบบ ส.พ.๒๔)
- สำเนาหลักฐานการใช้บริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากหน่วยงานที่ให้บริการฯ
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับกระทำการครั้งเดียว, และ ๓๐ บาท สำหรับกระทำการมากกว่าครั้งเดียว พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในการมอบอำนาจให้ระบุสิ่งที่ต้องการให้ผู้รับมอบฯ กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติม ข้อความในเอกสาร การรับสมุดทะเบียน/ใบอนุญาต และ รับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)
- เซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในสำเนาเอกสารโดยเจ้าของเอกสารทุกฉบับ
- ค่าธรรมเนียมคิดตามจำนวนเตียงดังตาราง (จ่ายเป็น “เงินสด” หรือ “แคชเชียร์เช็ค” ส่งจ่ายในนาม “กระทรวงการคลัง ผ่านสำนักงานคลังจังหวัดสมุทรปราการ”)

ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(ก) ๑ - ๑๐ เตียง	ปีละ ๕๐๐ บาท
(ข) ๑๑- ๒๕ เตียง	ปีละ ๑,๒๕๐ บาท
(ค) ๒๖- ๕๐ เตียง	ปีละ ๒,๕๐๐ บาท
(ง) ๕๑-๑๐๐ เตียง	ปีละ ๕,๐๐๐ บาท
(จ) ๑๐๑ เตียงขึ้นไป	ปีละ ๕,๐๐๐ บาท และ ให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น สำหรับที่เกิน ๑๐๐ เตียงอีกเตียงละ ๕๐ บาท แต่ทั้งนี้ เมื่อรวม ค่าธรรมเนียมที่คิดเพิ่มขึ้นแล้วไม่เกินปีละ ๑๐,๐๐๐ บาท

ตัวอย่างตามตาราง

จำนวนเตียง	อัตราค่าธรรมเนียม(บาท)
๑๐๑	๕,๐๕๐
๑๒๐	๖,๐๐๐
๑๓๔	๖,๗๐๐
๑๔๐	๗,๐๐๐
๒๐๐ เตียงขึ้นไป	๑๐,๐๐๐

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ประจำปีงบประมาณ.....

(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง 30 กันยายน ของปีปัจจุบัน)

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

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

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขที่ใบอนุญาต.....

๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

๒. ลักษณะสถานพยาบาล.....(เฉพาะสาขา,เฉพาะทาง ระบุ).....

จำนวน.....เตียง

๓. สถิติการบริการ

๓.๑ ผู้ป่วยนอกรวมคน.....ครั้ง

๓.๒ ผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ

(๑) จราจร.....คน.....ครั้ง

(๒) ชนส่งคน.....ครั้ง

(๓) อื่น ๆคน.....ครั้ง

๓.๓ ผู้ป่วยในรวม คน, จำนวนวันนอนรวม วัน

๓.๔ ผู้มารับบริการอื่น ๆคน.....ครั้ง

๓.๕ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักคน

๓.๖ ผู้ป่วยผ่าตัด

(๑) การผ่าตัดใหญ่พิเศษ ครั้ง

 ก. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ครั้ง

 ข. การผ่าตัดเปิดหัวใจ ครั้ง

(๒) การผ่าตัดใหญ่ ครั้ง

(๓) การผ่าตัดเล็ก ครั้ง

๓.๗ ผู้ป่วยคลอดบุตร

- (๑) การดูแลก่อนคลอด.....คน, การดูแลหลังคลอด.....คน
- (๒) การคลอดปกติ คน
- (๓) การคลอดผิดปกติ คน
- ก. การผ่าตัดคลอด คน
- ข. การคลอดโดยใช้คีม คน
- ค. การคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ คน
- ง. การคลอดทำผิดปกติ คน
- ๓.๘ จำนวนทารกแรกเกิด
- (๑) ทารกคลอดครบกำหนด คน
- (๒) ทารกคลอดก่อนกำหนด คน
- ๓.๙ การสวนหัวใจ ครั้ง
- ๓.๑๐ การล้างไต ครั้ง
- ๓.๑๑ รังสีวินิจฉัย ครั้ง
- (๑) ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ครั้ง
- (๒) ด้วยเครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ครั้ง
- ๓.๑๒ รังสีบำบัด ครั้ง
- ๓.๑๓ ทันตกรรม
- ส่งเสริม, ป้องกัน..... ครั้ง
- รักษา..... ครั้ง
- ๓.๑๔ เวชศาสตร์ฟื้นฟู
- กายภาพบำบัด..... ครั้ง
- กายอุปกรณ์..... ครั้ง
- ๓.๑๕ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ..... ครั้ง
- ๓.๑๖ การแพทย์แผนไทย ครั้ง
- ๓.๑๗ การส่งต่อผู้ป่วย (จำแนกตามสาเหตุ)
- (๑) เกินขีดความสามารถที่จะให้บริการ ครั้ง
- (๒) เป็นความประสงค์ของผู้ป่วย ครั้ง
- ๓.๑๘ การให้บริการนอกสถานที่ โดย
- (๑) จำนวนผู้รับบริการเอกซเรย์..... คน
- (๓) จำนวนผู้รับบริการทันตกรรม คน
- (๔) จำนวนผู้รับบริการชันสูตรพลิกศพ..... คน
- (๕) จำนวนผู้รับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่..... คน
- ๓.๒๑ การตายของผู้ป่วย
- (๑) ตายก่อนถึงสถานพยาบาล คน
- (๒) ตายก่อนรับไว้รักษาภายใน คน
- (๓) ตายหลังรับไว้รักษาภายใน คน

(๔) โรคที่เป็นสาเหตุการตาย ๕ อันดับแรกของโรงพยาบาล (ตามคู่มือสอบสวนสาเหตุการตายของกระทรวงสาธารณสุข)

ก..... คน
 ข..... คน
 ค..... คน
 ง..... คน
 จ..... คน

๔. เครื่องมือที่สำคัญและยานพาหนะ

๔.๑ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่อง
 ๔.๒ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่อง
 ๔.๓ เครื่องล้างไต เครื่อง
 ๔.๔ เครื่องสลายนิ่ว เครื่อง
 ๔.๕ เครื่องแกมมาไนฟ์.....เครื่อง
 ๔.๖ เครื่องอัลตราซาวนด์ เครื่อง
 ๔.๗ เครื่องเลเซอร์ เครื่อง
 ๔.๘ รถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน..... คัน
 ๔.๙ รถเอกซเรย์..... คัน
 ๔.๑๐ รถทันตกรรม..... คัน
 ๔.๑๑ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. ข้อมูลด้านคุณภาพบริการ

๕.๑ ระบบพัฒนาคุณภาพบริการ

๕.๑.๑. ISO อยู่ในระหว่างการจัดทำ ได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอกแล้ว
 ได้รับ ISO เฉพาะส่วน ทั้งหมด
 จาก เมื่อวันที่

๕.๑.๒. HA อยู่ในระหว่างการจัดทำ ได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอกแล้ว
 จาก เมื่อวันที่

๕.๒ ระบบประกันสุขภาพ

๕.๒.๑ เข้าร่วมโครงการประกันสังคม จำนวนผู้ประกันตน.....คน
 ๕.๒.๒ เข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนผู้ขึ้นทะเบียน.....คน
 ๕.๓ การส่งบุคลากรไปอบรมหรือฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง คน
 ๕.๔ การจัดอบรมวิชาการหรือพัฒนาการบริการภายในจำนวน เรื่อง คน
 ๕.๕ จำนวนการตายผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน (Preadmission Resuscitation Failure) คน
 ๕.๖ จำนวนมารดาตาย คน
 ๕.๗ จำนวนทารกเกิดไร้ชีพ คน
 ๕.๘ จำนวนทารกที่ตายก่อนอายุครบ 7 วัน คน
 ๕.๙ จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปีตาย คน

๖. อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ

๖.๑ แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง

๖.๑.๑ แพทย์ทั่วไปที่อยู่ประจำ.....คน แพทย์ทั่วไปที่อยู่บางเวลา คน

๖.๑.๒ แพทย์เฉพาะทางที่อยู่ประจำ จำแนกตามสาขา

เวชปฏิบัติทั่วไป	..... คน	ประสาทศัลยศาสตร์	..... คน
พยาธิวิทยาทั่วไป	..... คน	ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	..... คน
พยาธิวิทยากายวิภาค	..... คน	ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	..... คน
พยาธิวิทยาคลินิก	..... คน	กุมารศัลยศาสตร์	..... คน
อายุรศาสตร์	..... คน	ศัลยศาสตร์ทวารหนัก	..... คน
จิตเวชศาสตร์	..... คน	ศัลยศาสตร์ทรวงอก	..... คน
ศัลยศาสตร์	..... คน	รังสีวิทยาวินิจฉัย	..... คน
สูติศาสตร์นรีเวช	..... คน	รังสีรักษา	..... คน
กุมารเวชศาสตร์	..... คน	เวชศาสตร์นิวเคลียร์	..... คน
รังสีวิทยา	..... คน	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	..... คน
วิสัญญีวิทยา	..... คน	เวชศาสตร์ป้องกัน	..... คน
ประสาทวิทยา	..... คน	โลหิตวิทยา	..... คน
สัจวิทยา	..... คน	อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร	..... คน
จักษุวิทยา	..... คน	อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	..... คน
โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา	..... คน	อายุรศาสตร์โรคทรวงอก	..... คน
นิติเวชศาสตร์	..... คน	อื่น ๆ(ระบุ).....	..... คน
ศัลยศาสตร์ออร์โตปิดิกส์	..... คน	.....	..... คน

๖.๒ ทันตแพทย์ประจำ คน ทันตแพทย์บางเวลาคน

๖.๓ ผู้ช่วยทันตแพทย์ คน

๖.๔ ช่างทันตกรรม คน

๖.๕ เภสัชกรประจำ คน เภสัชกรบางเวลา คน

๖.๖ ผู้ช่วยเภสัชกรรม คน

๖.๗ พยาบาลวิชาชีพประจำ คน พยาบาลวิชาชีพบางเวลา คน

๖.๘ พยาบาลเทคนิคประจำ คน พยาบาลเทคนิคบางเวลา คน

๖.๙ วิสัญญีพยาบาล คน

๖.๑๐ เจ้าหน้าที่พยาบาล คน

๖.๑๑ นักกายภาพบำบัดประจำ คน นักกายภาพบำบัดบางเวลา คน

๖.๑๒ ผู้ช่วยกายภาพบำบัด คน

๖.๑๓ พนักงานอาชีวบำบัด คน

๖.๑๔ พนักงานเวชกรรมฟื้นฟู..... คน

๖.๑๕ นักเทคนิคการแพทย์ประจำ คน นักเทคนิคการแพทย์บางเวลา คน

๖.๑๖ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ คน

๖.๑๗ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ คน

- ๖.๑๘ นักโภชนาการ คน
- ๖.๑๙ โภชนาการ คน
- ๖.๒๐ นักจิตวิทยา คน
- ๖.๒๑ นักสังคมสงเคราะห์ คน
- ๖.๒๒ นักสถิติ คน
- ๖.๒๓ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ คน
- ๖.๒๔ ลูกจ้างหรือพนักงานอื่น ๆ คน

(ลายมือชื่อ)

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ)

(.....)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วันที่รายงาน

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร.....

อยู่ที่บ้าน..... เลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร.....

อยู่ที่บ้าน..... เลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้า
ได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้า
ได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

.....ผู้มอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือ หรือ ลายพิมพ์นิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจ
ลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

.....ผู้รับมอบอำนาจ

.....พยาน

.....พยาน

วัตถุประสงค์ของเอกสารนี้ ๑. มอบอำนาจให้บุคคลคนเดียวหรือหลายคนร่วมกันกระทำการ
มากกว่าครั้งเดียว ๒. มอบอำนาจให้กระทำการมากกว่าครั้งเดียว โดยให้บุคคลหลายคนต่างคนต่างกระทำการแยกกัน ได้ติดตามรายตัวบุคคลที่รับมอบหมายคนละ ๓๐ บาท
การยกเว้นไม่ต้องเสียภาษี คือ ๑. ในแต่งงานและใบมอบอำนาจ ซึ่งทนายความให้แก่สามีของตนที่เพิ่งเป็นครั้งแรกในศาล ๒. ใบมอบอำนาจให้โอนหรือกระทำการใด ๆ
เกี่ยวกับทรัพย์สินตามกฎหมายว่าด้วยสัจพิน ๓. ใบมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ๔. ใบมอบอำนาจซึ่งสหกรณ์เป็นผู้มอบ และใบมอบอำนาจแต่งตั้งสหกรณ์ เป็น
ตัวแทนจัดการให้สหกรณ์ได้รับสิทธิในอสังหาริมทรัพย์

- หมายเหตุ ๑. ต่อคำว่าเรื่อง ให้กรอกข้อความที่มอบให้ทำการแทนให้ชัดเจน เช่น ยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ยื่นคำขอต่ออายุ
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต
สถานพยาบาล ให้แก้ไขตัดทอนข้อความในคำขอ หรือ รับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังดำเนินการเสร็จสิ้น เป็นต้น
๒. ถ่าลงลายมือชื่อให้ชัดเจนกว่าหรือลายพิมพ์นิ้วมือออกเสีย ถ้าพิมพ์ลายนิ้วมือให้ชัดเจนกว่าลงลายมือชื่อหรือออกเสียหนึ่งถ้าพิมพ์ลายนิ้วมือ ให้พิมพ์
ลายนิ้วหัวแม่มือซ้าย
๓. การเขียนหนังสือมอบอำนาจระวางอย่าชัดเจนและแต่งเติม ถ้ามีต้องให้ผู้มอบอำนาจเซ็นชื่อกำกับไว้ด้วย
๔. ถ้ากริยาเป็นผู้มอบควรให้สามสิ่งชื่อเป็นพยานเสียด้วย