

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
- ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการศิลปะที่จะออกไปให้บริการ ต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพของสถานพยาบาล
- แบบฟอร์ม “แบบแจ้ง สพ.อ.๓” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
- กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตรวจสอบวันหมดอายุด้วยคะ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ตรวจสอบวันหมดอายุด้วยคะ ๑ ฉบับ
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับกระทำการครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับกระทำการมากกว่าครั้งเดียวพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ระบุสิ่งที่จะมอบให้กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร การรับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)
- หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ในการให้บริการ และชี้แจงกิจกรรมที่ให้บริการ ๑ ชุด
- บันทึกการปฏิบัติงาน ระบุ วัน เวลา สถานที่ และ ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการศิลปะที่จะออกไปให้บริการ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือสำเนาใบประกอบโรคศิลปะของผู้ที่จะออกไปปฏิบัติงาน คนละ ๑ ฉบับ
เซ็นรับรองสำเนาโดยเจ้าของเอกสาร ทุกฉบับ
- สมุดทะเบียนผู้ป่วย มีช่องให้ระบุ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และรายการที่จะตรวจ ๑ เล่ม
- รถเอกซเรย์(ถ้ามี) แนบสำเนาใบรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์ (มีนักรังสีวิทยาเป็นผู้ให้บริการ) ๑ ฉบับ
- รถชันสูตร(ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีนักเทคนิคการแพทย์เป็นผู้ให้บริการ) กรณีใช้ Lab ของสถานพยาบาลอื่นให้แนบสำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลนั้นๆ
- รถทันตกรรม(ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการ)

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ
สำหรับสถานพยาบาลที่ใช้นานพาทนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่
เพื่อช่วยเหลือหรือส่งเคราะห์ โดยไม่เรียกเก็บค่าบริการ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว

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

ถนนหมู่ที่ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

ขอแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสำหรับสถานพยาบาลเคลื่อนที่
ของสถานพยาบาลประเภท.....ที่ใช้นานพาทนะ เป็นที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอ
เพื่อการตรวจดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล การส่งเสริมหรือการป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพ
หรือการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ดังนี้

(๑) วัน เวลาในการออกให้บริการ ระหว่าง.....ถึงวันที่.....

(๒) สถานที่ในการออกให้บริการ ณ.....

(๓) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๑ วิชาชีพเวชกรรม คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

* หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ให้นำใบที่แจ้งมาแสดงและแจ้งการเปลี่ยนแปลง
ในวันทีออกให้บริการด้วย

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น

(ลายมือชื่อ) ผู้รับแจ้ง

(.....)

ผู้อนุญาต

