

หลักฐานการรับคำขออนุญาต

สถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมาย ออกไปให้บริการคัดกรอง การควบคุม การป้องกัน การรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสุขภาพ อันเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ

สถานที่ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
เลขรับ.....วันที่รับเอกสาร.....วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือแก้ไขรายการดังต่อไปนี้

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ
วันที่...../...../.....

รายการเอกสาร/หลักฐาน

- เป็นไปตามเงื่อนไข คือ แจ้งผู้อนุญาตทราบก่อนออกบริการอย่างน้อย ๕ วัน
- ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่จะออกไปให้บริการ ต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพของสถานพยาบาล
- แบบฟอร์ม “แบบแจ้ง สฟ.อ.๕” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
 - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตรวจสอบวันหมดอายุด้วยค่ะ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ตรวจสอบวันหมดอายุด้วยค่ะ ๑ ฉบับ
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับกระทำการครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับกระทำการมากกว่าครั้งเดียวพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ระบุสิ่งที่จะมอบให้กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร การรับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)
- สำเนาสัญญาประกันสุขภาพหรือหนังสือร้องขอ/ตอบรับการให้บริการ ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ๑ ชุด (กรณีไม่มีสัญญาประกันสุขภาพ ให้ใช้ใบเสนอราคา หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ในการให้บริการ และชี้แจงกิจกรรมที่ให้บริการระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงาน)
- สำเนาสัญญาระหว่างสถานพยาบาลกับโรงพยาบาลที่จะรับหรือดูแลผู้ป่วย (กรณี ATK +)
- บันทึกการปฏิบัติงาน ระบุ วัน เวลา สถานที่ และ ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพหรือชื่อผู้ประกอบโรคศิลปะที่จะออกไปให้บริการ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือสำเนาใบประกอบโรคศิลปะของผู้ที่จะออกไปปฏิบัติงาน คนละ ๑ ฉบับ
เซ็นรับรองสำเนาโดยเจ้าของเอกสาร ทุกฉบับ
- สมุดทะเบียนผู้ป่วย มีช่องให้ระบุ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และรายการที่จะตรวจ ต้องมีรายชื่อยื่นก่อนออกตรวจ ๑ เล่ม
- รถเอกซเรย์(ถ้ามี) แนบสำเนาใบรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์ (มีนักรังสีวิทยาเป็นผู้ให้บริการ) ๑ ฉบับ
- รถชันสูตร(ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีนักเทคนิคการแพทย์เป็นผู้ให้บริการ) กรณีใช้ Lab ของสถานพยาบาลอื่นให้แนบสำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลนั้นๆ
- รถทันตกรรม(ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการ)

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งสถานพยาบาลที่ออกไปให้บริการคัดกรอง การควบคุม การป้องกัน การรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสุขภาพ
อันเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว

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

ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

ขอแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ การคัดกรอง การควบคุม การป้องกัน การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพอันเกี่ยวกับ โรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ

สำหรับสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลชื่อ.....ประเภท.....

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ เลขที่..... ดังนี้

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

(๒) สถานที่ในการออกให้บริการ ณ.....

(๓) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๒ วิชาชีพเวชกรรม คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

*กรณีเข้าข้อยกเว้นการแจ้งภายหลังการให้บริการ โปรดระบุเหตุจำเป็น กรณีหน่วยงานภาครัฐร้องขอโปรดระบุชื่อ
หน่วยงานภาครัฐ.....(เพื่อการควบคุม หรือป้องกันโรคติดต่อ โรคติดต่อร้ายแรง โรคที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามด้วยกฎหมาย ว่าด้วย
โรคติดต่อ หรือหน่วยงานภาครัฐร้องขอ)

*แจ้งผลคัดกรองต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการภายหลังการให้บริการ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น

(ลายมือชื่อ) ผู้รับแจ้ง

(.....)

