

หลักฐานการรับคำขอ

การขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล

สถานที่ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เลขรับ.....วันที่รับเอกสาร.....วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

รับเอกสารเพื่อรอการตรวจสอบ เมื่อวันที่...../...../.....

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

*** หากกรณีเอกสารไม่ครบถ้วนหรือต้องแก้ไขสามารถติดต่อได้ที่.....

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือรายการดังต่อไปนี้

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๑.....

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

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

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๒.....

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

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

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๓.....

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

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

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

รายการเอกสารที่ต้องยื่น

❖ รายการเอกสารของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพตามสาขาที่ขออนุญาต และ เป็นคนเดียวกันกับผู้ขอดำเนินการก็ได้)

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลฯ (ส.พ.๑) | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลฯ (ส.พ.๒) | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๕) | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน+สำเนาทะเบียนบ้าน | ๑ ชุด |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> แผนผังแสดงที่ตั้ง และ แผนผังภายใน
ระบุ ๑)ความกว้าง ความยาว ของอาคาร และ ห้องต่างๆ ๒)ความกว้างช่องทางผ่านของประตูห้องตรวจ
ห้องหัตถการ ทุกห้อง ๓)ความกว้างทางเดินตลอดแนวที่ขนย้ายคนไข้กรณีฉุกเฉิน(ต้องไม่น้อยกว่า ๘๐ ซม.) | ๑ ชุด |
| <input type="checkbox"/> ภาพถ่าย อาคาร ที่จะขอเปิดคลินิก (ถ่ายจากอีกฝั่งถนน) | ๑ ชุด |
| <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล ดังนี้ | ๑ ชุด |
| - สำเนาทะเบียนบ้านคลินิก | |
| - สัญญาเช่า หรือ หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ | |
| - สำเนาบัตรประชาชน ผู้ให้เช่าหรือผู้ยินยอม | |
| - สำเนาโฉนดทุกหน้า (เพื่อคู่ผู้ถือกรรมสิทธิ์ล่าสุด) | |
| <input type="checkbox"/> บันทึกชี้แจงการควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อ | ๑ ชุด |
| <input type="checkbox"/> หนังสือหรือหลักฐานการให้บริการกำจัดขยะติดเชื้อจากคู่สัญญา ระบุรายการดังนี้ | |
| - ชื่อและที่อยู่ของผู้ให้บริการและคลินิกที่รับบริการ | |
| - วิธีการกำจัดขยะติดเชื้อของหน่วยงานที่ให้บริการ | |
| - ระยะเวลาที่ทำสัญญาบริการ ระบุตั้งแต่วันที่ยื่นเรื่องจนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ของปีนั้นๆ | |
| <input type="checkbox"/> นิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท ตามข้อกำหนด
และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร | ๑ ชุด |
| <input type="checkbox"/> กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับ
ทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน
ให้ละเอียด เช่น การยื่นคำขอ การแก้ไขข้อความ การรับใบอนุญาต | ๑ ชุด |

❖ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๘) | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน+สำเนาทะเบียนบ้าน | ๑ ชุด |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ๑ ฉบับ | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง(ถ้ามี) | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่ายขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร | ๔ ใบ |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่ายขนาด ๘ X ๑๓ เซนติเมตร | ๒ ใบ |

❖ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล (ผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบ
วิชาชีพ (ส.พ.๖) พร้อมแนบหลักฐานตามท้ายแบบ ส.พ.๖ ทุกคน | คนละ ๑ ชุด |
|--|------------|

การรับรองตัวเองของผู้ขอดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....

สถานพยาบาลชื่อ.....วันและเวลาที่ขอดำเนินการคือ.....

..... ขอให้คำรับรองว่า ข้าพเจ้า

- ได้มายื่นคำขออนุญาตด้วยตัวเอง ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เมื่อวันที่.....
- ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้วสองแห่ง
- สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิดตลอดเวลาเปิดทำการของคลินิก
- เวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้ไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่ ดำเนินการ และ ปฏิบัติงาน ภาครัฐ หรือ เอกชนแห่งอื่น
- ไม่ได้อยู่ระหว่างการ ศึกษา/อบรม หรือ สอนหนังสือ ใดๆ ตลอดเวลาเปิดทำการของคลินิก
- กรณีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาครัฐ ไม่ได้มีเวรนอกเวลาที่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้

หากพบว่าข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติตามคำรับรองข้างต้น ข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบและยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

.....
(.....)

ผู้ขออนุญาตดำเนินการ

(จนท.ตรวจสอบในฐานะข้อมูลฯ ไม่พบดำเนินการ/ประกอบวิชาชีพซ้ำซ้อน ลงชื่อ.....จนท. วันที่.....)

❖ ข้อกำหนดอื่นๆ

- ชื่อคลินิกไม่ซ้ำกับคลินิกอื่น ถ้าเป็นชื่อบุคคลต้องเป็นชื่อของผู้ขออนุญาตดำเนินการเท่านั้น ต้องมีลักษณะคลินิกเช่น “คลินิกเวชกรรม” หรือ “คลินิกทันตกรรม” นำหน้าหรือต่อท้าย
- กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ ให้แนบสำเนาใบรับรองคุณภาพเครื่องกำเนิดรังสีเอกซ์ทางการแพทย์จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือยื่นหลักฐานการติดต่อกับศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ กรณีที่อยู่ระหว่างรอตรวจ
- กรณีมีเครื่องมือแพทย์ ให้ทำทะเบียนรายชื่อและจำนวนเครื่องมือแพทย์ พร้อมหนังสือรับรองการนำเข้าหรือผลิตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเอกสารแนบท้ายระบุเครื่องมือแพทย์ชนิดนั้นๆ
- กรณีคลินิกเป็นบ้านพักอาศัยดัดแปลง และอยู่ในหมู่บ้าน ให้แนบเอกสารการอนุญาตจากนิติบุคคลหมู่บ้านและใบอนุญาตดัดแปลงอาคารที่พักอาศัย

แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ขออนุญาต

ให้เขียนเครื่องหมาย

✓ ล้อมรอบข้อที่ถูกต้องที่สุด

๑. ขั้นตอนการขออนุญาตข้อใดถูกต้อง

- ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอและคุณสมบัติ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนามอนุญาต
- ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอและคุณสมบัติ ตรวจสอบที่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนามอนุญาต
- ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอและคุณสมบัติ ตรวจสอบที่ นำเข้าพิจารณาในที่ประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาล นายแพทย์สาธารณสุขฯลงนามอนุญาต
- ไม่มีข้อใดถูก

๒. ข้อใดไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับคุณสมบัติและหน้าที่ของ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
- เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลก็แห่งก็ได้ โดยเวลาที่ประกอบวิชาชีพ(ตรวจรักษา) ต้องไม่ตรงกัน
 - จัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพตลอดเวลาทำการ
 - ควบคุมดูแลให้มีการใช้หรือยินยอมให้ผู้อื่นใช้สถานพยาบาลประกอบกิจการผิดประเภทหรือผิดลักษณะ
 - ควบคุมดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพตามสาขา
๓. ข้อใดถูกต้องตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๑
- สามารถเปิดให้บริการได้ ตั้งแต่วันที่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอและรับเรื่องไว้
 - การเลิกกิจการ ต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน
 - เมื่อได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลแล้ว สามารถออกหน่วยให้บริการตรวจสอบสุขภาพตามโรงงานต่างๆ ได้
 - เมื่อผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพเกิดฐานะ ผู้ดูแลคลินิกสามารถเปิดร้านเพื่อรับนัดผู้ป่วยได้
๔. ความผิดในข้อใดมีบทกำหนดโทษ ในมาตรา ๖๑ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท
- เลิกกิจการ โดยไม่แจ้งให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน
 - ไม่จัดให้มีผู้ดำเนินการแทนกรณีผู้รับอนุญาตดำเนินการพ้นจากหน้าที่เกินเจ็ดวัน หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล
 - เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลโดยไม่ได้แจ้งให้ผู้อนุญาตทราบ
 - ถูกทุกข้อ
๕. การขออนุญาตโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลเมื่อโฆษณา กระจายขนาด A๕ มี ค่าธรรมเนียมเท่าไร
- หน้า ๑๐๐ บาท
 - หน้าละ ๒๐๐ บาท
 - หน้าละ ๕๐๐ บาท
 - หน้าละ ๑,๐๐๐ บาท
๖. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลมีอายุกี่ปี
- ๑ ปี
 - ๒ ปี
 - ๕ ปี
 - ๑๐ ปี
๗. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลมีอายุกี่ปี
- ๑ ปี
 - ๒ ปี
 - ๕ ปี
 - ๑๐ ปี
๘. หลังจากที่ได้รับอนุญาตไปแล้ว สิ่งใดที่ต้องยื่นคำร้องขออนุญาตฯ เพิ่มเติมนายหลัง
- Facebook Instagram สื่ออินเทอร์เน็ตต่างๆ
 - การนำเครื่องมือแพทย์เข้ามาใช้ในคลินิก
 - เปลี่ยนลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายแผนกบริการภายในอาคารจากผังเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้
 - ถูกทุกข้อ

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล | <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง |
| <input type="checkbox"/> แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล | <input type="checkbox"/> ในบริเวณใกล้เคียง |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล | |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) | |
| <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

- หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจต่อกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

- คลินิกเวชกรรม
- คลินิกทันตกรรม
- คลินิกเฉพาะทาง ด้านเวชกรรม ด้านทันตกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกกายภาพบำบัด
- คลินิกเทคนิคการแพทย์
- คลินิกการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- คลินิกการประกอบโรคศิลปะ กิจกรรมบำบัด การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
 - เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก รังสีเทคนิค จิตวิทยาคลินิก กายอุปกรณ์
 - การแพทย์แผนจีน อื่น ๆ
- สหคลินิก ประกอบด้วย.....

๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

- เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ เป็นอาคารอยู่อาศัย เป็นห้องแถว เป็นตึกแถว
- เป็นบ้านแถว เป็นบ้านแฝด เป็นอาคารพาณิชย์ ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า
- อื่น ๆ มี.....คูหา.....ชั้น

๔. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล.....วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

• การอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

- อนุมัติ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ตามแบบ ส.พ.๒ ที่แนบมาพร้อมนี้
- มอบหมายให้พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้มีรายนามดังต่อไปนี้ ออกตรวจลักษณะสถานพยาบาลในวันที่.....

๑.....

๒.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้อนุญาต

(นางสาวณัฐยาภรณ์ วงศ์บุญเกื้อกูล)
หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขวันที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว สัญชาติ อายุ ปี ๑.๒ นิตินบุคคลโดย (๑) เลขประจำตัว และ (๒) เลขประจำตัว

เป็นนิติบุคคลประเภท จัดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล

 ๒.๑ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกเฉพาะทาง ด้านเวชกรรม ด้านทันตกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ กิจกรรมบำบัด การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก รังสีเทคนิค จิตวิทยาคลินิก กายอุปกรณ์ การแพทย์แผนจีน อื่น ๆ สหคลินิก ประกอบด้วย

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

 ห้องเอกซเรย์ ห้องไตเทียม ห้องผ่าตัด ห้องฝังเข็ม อื่น ๆ

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

- โรงพยาบาลทั่วไป ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะทาง ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลทันตกรรม ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลกายภาพบำบัด ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม
- แผนกเทคนิคการแพทย์ แผนกออร์โธปิดิกส์ แผนกโรคผิวหนัง แผนกการผสมเทียม
- แผนกกายภาพบำบัด แผนกการแพทย์แผนไทย แผนกโภชนาการ แผนกซักฟอก
- หอผู้ป่วยหนัก ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก ห้องผ่าตัดเล็ก ห้องให้การรักษา
- ห้องทารกหลังคลอด การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ห้องไตเทียม ห้องทันตกรรม
- รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ การผ่าตัดเปิดหัวใจ การสวนหัวใจ รังสีบำบัด
- การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า การสลายนิ้วด้วยเครื่องมือ ห้องเก็บศพ
- แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ แผนกการนวด แผนกการแพทย์แผนจีน อื่นๆ

๓. วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ)

๔. สถานพยาบาลชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส.พ. ๖
พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน
และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
- สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- สำเนาโฉนดที่ดิน หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี) หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
- เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้

- (ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล
- (ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง
- (ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร
- (ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร
- (จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร
- (ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร
- (ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

- กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมียกเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
- (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
- (ค) หนังสือแสดงความเห็นขอรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายดังที่ส่งให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่

ได้รับ หนังสืออนุมัติ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ปัจจุบันข้าพเจ้า

- ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด
- รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ)

- ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน
- เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต จังหวัด มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ
- รูปถ่ายขนาด ๔ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป
- อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | <input type="checkbox"/> สำเนาจุดบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี) | |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๔ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

แนวทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล

ของสถานพยาบาลชื่อ.....

๑. ภาชนะที่ใช้ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อ

.....
.....

๒. ภาชนะที่ใช้ในการเก็บขยะของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด สไลด์ ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว เป็นต้น

.....
.....

๓. หน่วยงานที่ส่งขยะติดเชื้อไปกำจัด

.....
ระยะเวลาหรือความถี่ในการส่งกำจัด.....

๔. การทำความสะอาด และ การทำให้ปราศจากเชื้อ ภายในสถานพยาบาล เครื่องมือ และวัสดุการแพทย์

๔.๑. บริเวณพื้นห้องตรวจทำความสะอาดด้วย.....

๔.๒. บริเวณพื้นห้องทำแผล/ห้องปฏิบัติการต่าง ๆ.....

๔.๓. เติงตรวจเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาอะไร.....

๔.๔. รถทำแผลเช็ดฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาอะไร.....

๔.๕. เครื่องมือตรวจโรคทั่วไป เช่น เครื่องวัดความดัน หูฟัง ทำความสะอาดด้วยวิธีใด.....

๔.๖. ปรอทวัดไข้.....

๔.๗. ไม้กดลิ้น.....

๔.๘. ขาดแก้วแบ่งน้ำยาบนรถทำแผลทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด.....

๔.๙. วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ เช่น กระปุกใส่ Transfer Forceps, Forceps, Curette,กรรไกรตัดไหม ถาด ใส่
เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ หม้อก๊อช/สำลี ฆ่าเชื้อโดยวิธีใด.....

๔.๑๐. Set Sterile ต่าง ๆ เช่น Set ทำแผล Set เข็มแผล เป็นต้น...ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด.....

๔.๑๑. เข็ม Syring ถุงมือ...ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด หรือ ใช้แบบฆ่าเชื้อสำเร็จรูปใช้ครั้งเดียวทิ้ง.....

๔.๑๒.เครื่องมือแพทย์หรือเครื่องมือทันตกรรมต่าง ๆ. ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด

ชุดตรวจฟัน ชุดอุดฟัน ชุดถอนฟัน(ที่ทำด้วยโลหะ).....

ด้ามกรอฟัน(กรอช้า/กรอเร็ว).....

เครื่องชุดหินปูนไฟฟ้า.....

ด้ามจับ Suction , Lippile Syring, ท่อนำแสงของเครื่องฉายแสง.....

เครื่องมือ/วัสดุที่ทำด้วยพลาสติกยาง เช่น ด้ามพุกกัน.Rubber cup.ชนแปรงพุกกัน.....

การทำลายเชื้อพื้นผิวที่ปนเปื้อน เช่น เบาะเก้าอี้ทำฟัน ปุ่มปรับต่างๆ.....

อื่นๆได้แก่.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

หลักฐานการใช้บริการกำจัดขยะติดเชื้อ

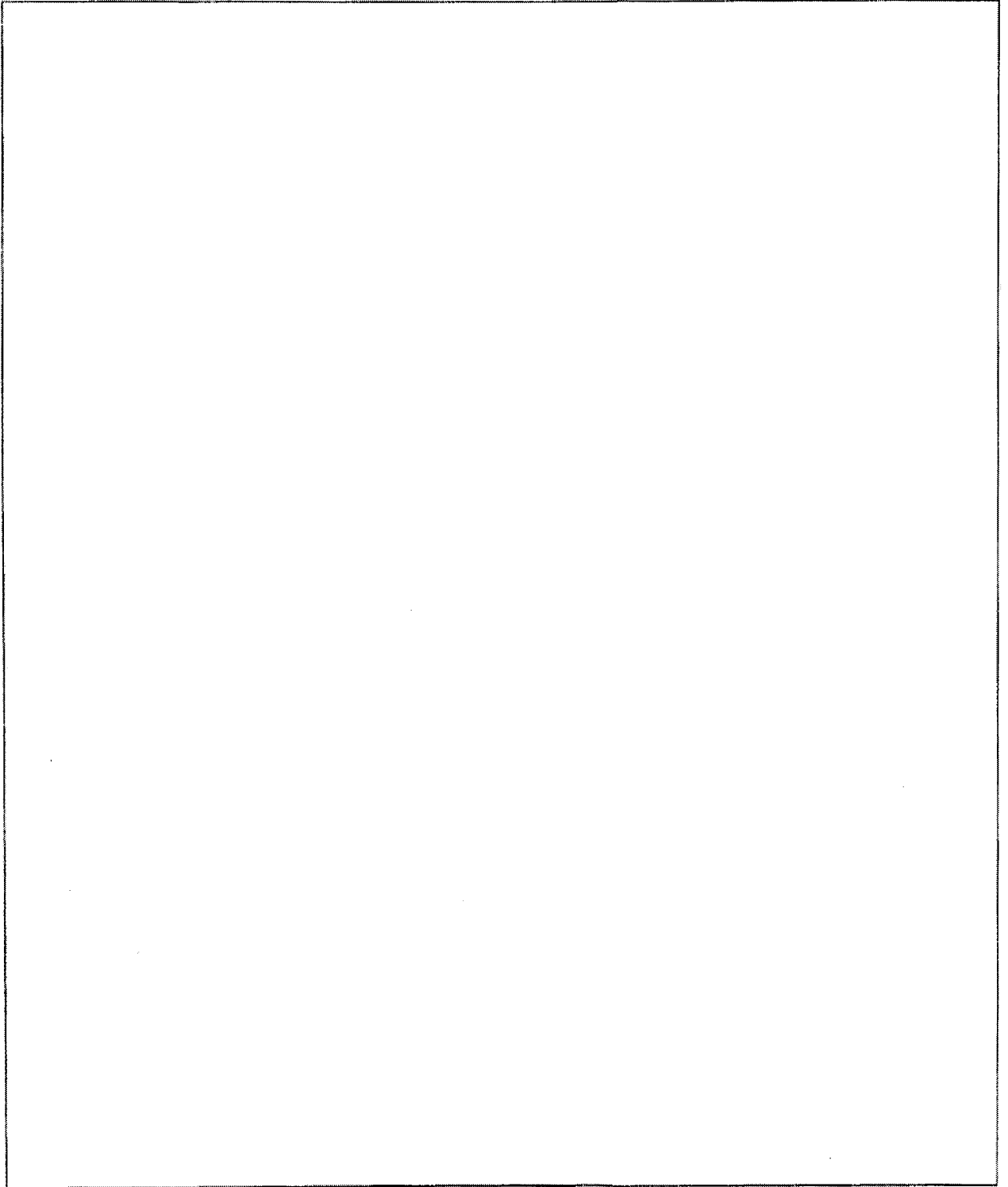
.....

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ
(.....)

แผนผังแสดงที่ตั้งสถานพยาบาล

สถานพยาบาลชื่อ.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ

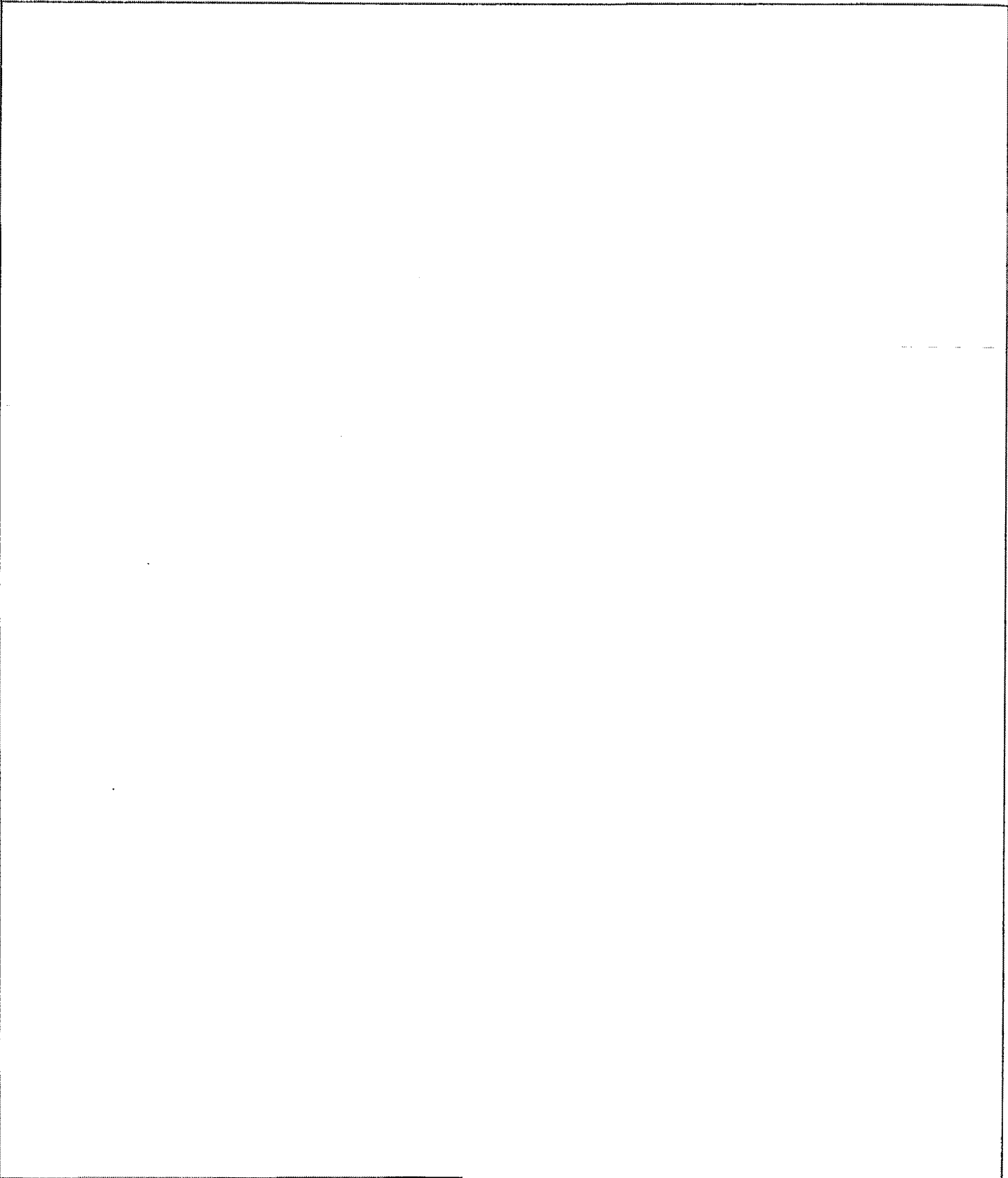


ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต
(.....)

แผนผังภายในสถานพยาบาล

สถานพยาบาลชื่อ.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ



ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต
(.....)