

๕ รายการที่ต้องตรวจในการยื่นคำขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

๑. ตรวจสอบเอกสาร ตามรายการดังนี้

๑.๑ รายการเอกสารของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล(จะเป็นคนเดียวกับผู้ดำเนินการหรือไม่ก็ได้)

- คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(แบบ สพ.๑) ๑ ฉบับ
- แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๒) ๑ ฉบับ
- คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๕) ๑ ฉบับ
- เอกสารผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

กรณีนิติบุคคล

- หนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ (เช่นรับรองสำเนาโดยเจ้าของเอกสาร) ๑ ฉบับ
- หนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว , ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง) ๑ ฉบับ
- บัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ(เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
- บัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ(เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์กรรมการผู้มีอำนาจลงนามและผู้รับมอบอำนาจ ๑ ฉบับ

กรณีบุคคลธรรมดา

- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ(เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ(เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
- ทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม(เช่นรับรองสำเนา) ๑ ฉบับ

กรณีผู้ขออนุญาตเป็นคนต่างด้าว

- จะต้องแนบสำเนาหนังสือเดินทางและใบประกอบธุรกิจคนต่างด้าวจากกระทรวงพาณิชย์หรือใบอนุญาตให้คนต่างด้าวทำงานจากกรมแรงงานกระทรวงมหาดไทย

- ทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
- เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง)
 - กรณีเป็นเจ้าของและไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน
 - สำเนาโฉนด/สัญญาซื้อขาย (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
 - กรณีเช่าสถานที่
 - หนังสือสัญญาเช่า (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้ให้เช่า (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
- แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาล ๑ ฉบับ
 - ต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียงโดยให้จุดสังเกตที่สำคัญ
 - ระยะระยะทางระหว่างจุดแต่ละจุด เป็นเมตร กิโลเมตร
 - หากมีส่วนราชการอยู่ใกล้เคียงระบุในแผนที่ด้วย
- แผนที่ผังในสถานพยาบาล ๑ ฉบับ
 - แสดงภาพห้องตรวจโรคและอุปกรณ์ภายในห้องทุกห้อง
 - ทั้งระบุรายละเอียด กว้าง x ยาวของคลินิก และกว้าง x ยาวแต่ละห้อง
 - ระบุตำแหน่งประตู หน้าต่าง ถังดับเพลิง อ่างล้างมือ ตู้ยา ตู้เวชภัณฑ์ ตู้เก็บเวชระเบียน โต๊ะตรวจเตียงตรวจ ห้องน้ำและอื่นๆ

- บันทึกชี้แจงป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล ๑ ฉบับ
- หนังสือตอบรับการเก็บและกำจัดขยะติดเชื้อจากหน่วยงานที่กำจัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ระบุรายการดังนี้ ๑ ฉบับ
- ชื่อและที่อยู่ของผู้ให้บริการและคลินิกที่รับบริการ
 - วิธีการกำจัดขยะติดเชื้อของหน่วยงานที่ให้บริการ
 - ระยะเวลาที่ทำสัญญาบริการ
- กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ต้องแนบหนังสือรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๑ ฉบับ
- เอกสารรับรองจาก อย. หากมีเครื่องมือพิเศษ เช่นเครื่องมือแพทย์ ๑ ฉบับ
- เอกสารแสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมลักษณะให้บริการ ๑ ฉบับ
- ๑.๒ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ขอดำเนินการสถานพยาบาล**
- คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๘) ๑ ฉบับ
 - หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ(แบบ สพ.๖) ๑ ฉบับ
 - สำเนาบัตรประชาชนผู้ประกอบวิชาชีพ (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
 - สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบวิชาชีพ (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
 - ทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม(เช่นรับรองสำเนา) ๑ ฉบับ
 - ใบรับรองแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลกิจการได้โดยใกล้ชิด ๑ ฉบับ
 - รูปถ่ายขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. จำนวน ๓ ,ขนาด ๘x๑๓ ซม.จำนวน ๑ รูปถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี ๑ ชุด
 - สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ(เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
 - สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรอง(เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) ๑ ฉบับ
- ๑.๓ คุณสมบัติและการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ขออนุญาตดำเนินการ**
- ผู้ขออนุญาตดำเนินการต้องมายื่นเรื่องด้วยตัวเอง
 - ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้วสองแห่ง
 - สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิดตลอดเวลาที่เปิดทำการ
- ๑.๔ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล (ผู้ปฏิบัติงาน)**
- จัดเตรียมเอกสารเหมือนข้อ ๑.๒ ยกเว้น คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๘)
- ๒.ตรวจสอบเวลา** เวลาในการการขออนุญาตจะต้องสอดคล้องกับการดำเนินการจริง นั่นคือในกรณีผู้ดำเนินการรับราชการจะไม่สามารถระบุเวลาเปิดสถานพยาบาลตรงกับเวลาราชการได้ และกรณีที่ขออนุญาตดำเนินการเป็นแห่งที่ ๒ เวลาที่ขอดำเนินการ(คือเวลาทำการของคลินิก) ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่เป็นผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลแห่งที่ ๑ และต้องไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ(ผู้ปฏิบัติงาน) ของสถานพยาบาลแห่งอื่น
- ๓. ตรวจสอบสถานที่** สถานที่จะต้องเป็นสัดส่วน แยกจากการดำเนินกิจการส่วนอื่นๆ และบ้านพักอาศัย และไม่ให้มีการนำสิ่งของที่ไม่เกี่ยวข้องมาไว้ในสถานพยาบาล มีพื้นที่โดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนที่แคบที่สุดต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓ เมตร ความสูงเพดานไม่น้อยกว่า ๒.๖๐ เมตร การสัญจรและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก ความกว้างของประตูไม่น้อยกว่า ๘๐ ซม. มีการแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะทั่วไปและมีการกำจัดที่เหมาะสม
- ๔.ตรวจสอบรายการยา** ยาและเวชภัณฑ์ จะต้องมียาและปริมาณที่เพียงพอตามลักษณะสถานพยาบาล กรณี เป็น *สถานพยาบาลประเภทการพยาบาลและการผดุงครรภ์* ต้อง ตรวจสอบยาที่ได้รับอนุญาตให้มีได้ในสถานพยาบาล ซึ่งได้แก่ ยาสามัญประจำบ้าน ในกรณีสถานพยาบาลใดที่มียาเสพติดให้โทษ ให้มีสถานที่หรือตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีรายการยาหมดอายุ มีตู้เย็นกรณีมีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บในอุณหภูมิต่ำโดยต้องไม่ปะปนกับอาหารและเครื่องดื่ม

๕. ตรวจสอบการแสดงผลป้ายชื่อสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาลต้องประกอบด้วย **“ชื่อเฉพาะ”** + **“ประเภทของสถานพยาบาล”** ตามประกาศ **กระทรวง** โดยอาจสลับตำแหน่งกันได้ตามความเหมาะสม

เช่น สามคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์สาม

หมอสามคลินิกทันตกรรม หรือคลินิกทันตกรรมหมอสาม

ยกเว้น ประเภทเฉพาะทาง ประกอบด้วย **“ชื่อเฉพาะ+ประเภทเฉพาะทาง+ระดับด้านเวชกรรม / ด้านทันตกรรม/ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์+สาขาที่จบตามหนังสืออนุมัติและวุฒิปัตร์แต่ละวิชาชีพที่กำหนด**

เช่น หมอสองคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมศาสตร์ตถกแต่ง /คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมศาสตร์ตถกแต่งหมอสอง

หมอสามคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

หมอสามคลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรมสาขาทันตกรรมจัดฟัน

๕.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลมีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีขนาดกว้าง x ยาว ไม่น้อยกว่า ๔๐ x ๑๒๐ เซนติเมตร

ตัวอักษรแสดงชื่อสถานพยาบาลมีความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร และตัวอักษรแสดงประเภทและลักษณะ

การให้บริการรวมทั้งเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลมีความสูงไม่น้อยกว่า ๕ เซนติเมตร (เป็น

เลขอารบิก) โดยป้ายพื้นสีขาวส่วนสีของตัวอักษรแตกต่างกันขึ้นกับประเภทใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

คลินิกเวชกรรม/เวชกรรมเฉพาะทาง สีเขียว คลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์ สีฟ้า

คลินิกทันตกรรม/ทันตกรรมเฉพาะทาง สีม่วง คลินิกเทคนิคการแพทย์ สีเลือดหมู

คลินิกกายภาพบำบัด สีชมพู คลินิกการแพทย์แผนไทย สีน้ำเงิน

สหคลินิก สีเขียวแก่ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สีน้ำตาล

๕.๒ ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต้องมีการจัดทำป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ป้ายสีน้ำเงิน ติดรูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓

เซนติเมตร ของผู้ดำเนินการ และระบุชื่อผู้ดำเนินการ ประเภทใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ (เช่น เวชกรรม ทันตกรรม

การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง และ อื่นๆ) และเลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ (ตัวอย่างป้ายขอรับได้จาก สสจ.

สุราษฎร์ธานี)

๕.๓ ป้ายสอบถามค่ารักษาพยาบาล ต้องมีป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและ

ค่ารักษาพยาบาลได้ที่ใด(ความสูงตัวอักษรไม่น้อยกว่า ๑๐ ซม.)

๕.๔ ป้ายห้ามสูบบุหรี่ ต้องมีการแสดงป้ายห้ามสูบบุหรี่ในที่เปิดเผย สามารถมองเห็นได้ชัดเจน

๕.๕ ป้ายสิทธิผู้ป่วย มีการแสดงป้ายประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผย และเห็นได้ง่ายบริเวณที่พักรอรับบริการ

๕.๖ หากประสงค์จะให้เจ้าหน้าที่ส่งใบอนุญาตให้ทางไปรษณีย์ กรุณาแนบของเปล่าขนาด เอ ๔ จำนวนสองถึง

ตัวเองพร้อมติดแสตมป์ ๕๐ บาท

มีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามเพิ่มเติม ที่...งานพ.ร.บ.สถานพยาบาล สสจ. จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เบอร์โทร ๐๗๗-๒๘๓๗๐๓,๐๗๗-๒๗๓๔๙๘



หมายเหตุ กรุณาจัดเรียงเอกสารในข้อ ๑ ตามลำดับเพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบเอกสาร

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

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

 สัญชาติ อายุ ปี

๑.๒ นิตินาม.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

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

 และ (๒) เลขประจำตัว

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

เป็นนิตินามบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก..... ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

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

๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย.....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์..... ตำแหน่งที่ตั้งทางดาวเทียม (GPS) ละติจูดที่..... ลองจิจูดที่.....

**แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
(ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)**

๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

- คลินิกเวชกรรม
- คลินิกทันตกรรม
- คลินิกเฉพาะทาง ด้านเวชกรรม ด้านทันตกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกกายภาพบำบัด
- คลินิกเทคนิคการแพทย์
- คลินิกการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- คลินิกการประกอบโรคศิลปะ กิจกรรมบำบัด การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
- เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก รังสีเทคนิค จิตวิทยาคลินิก กายอุปกรณ์
- การแพทย์แผนจีน อื่นๆ
- 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. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ เลขที่ใบอนุญาต

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลวันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ผู้อนุญาต
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

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

 สัญชาติ อายุ ปี ๑.๒ นิตินบุคคลโดย (๑) เลขประจำตัว

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

และ (๒) เลขประจำตัว

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

เป็นนิตินบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

 ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกเฉพาะทาง ด้านเวชกรรม ด้านทันตกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ กิจกรรมบำบัด การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก รังสีเทคนิค จิตวิทยาคลินิก กายอุปกรณ์ การแพทย์แผนจีน อื่นๆ สหคลินิก ประกอบด้วย.....

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

 ห้องเอกซเรย์ ห้องไตเทียม ห้องผ่าตัด ห้องฝังเข็ม อื่นๆ

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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> อายุรกรรม | <input type="checkbox"/> ศัลยกรรม | <input type="checkbox"/> สูติรีเวชกรรม | <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม |
| <input type="checkbox"/> แผนกเทคนิคการแพทย์ | <input type="checkbox"/> แผนกออร์โธปิดิกส์ | <input type="checkbox"/> แผนกโรคผิวหนัง | <input type="checkbox"/> แผนกการผสมเทียม |
| <input type="checkbox"/> แผนกกายภาพบำบัด | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทย | <input type="checkbox"/> แผนกโชนาการ | <input type="checkbox"/> แผนกซีกฟอก |
| <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยหนัก | <input type="checkbox"/> ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัดเล็ก | <input type="checkbox"/> ห้องให้การรักษา |
| <input type="checkbox"/> ห้องทารกหลังคลอด | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ | <input type="checkbox"/> ห้องไตเทียม | <input type="checkbox"/> ห้องทันตกรรม |
| <input type="checkbox"/> รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปิดหัวใจ | <input type="checkbox"/> การสวนหัวใจ | <input type="checkbox"/> รังสีบำบัด |
| <input type="checkbox"/> การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า | <input type="checkbox"/> การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ | | <input type="checkbox"/> ห้องเก็บศพ |
| <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ | <input type="checkbox"/> แผนกการนวด | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนจีน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ).....

ณ 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
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ
- ใบรับรองแพทย์ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- สำเนาอนุมัติบัตร 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 จะต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
- (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
- (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก 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 อนุมัติ 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 ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำ

- คำขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้าเลขประจำตัว

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

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....
โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ออกให้ ณ วันที่.....
 วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ หนังสือรับรอง สาขา.....
ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง
วัน/เวลาทำการ.....

เพื่อ ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่
 ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมเนื่องจาก ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน
 ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป
ลักษณะสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาล ชื่อ
ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน.....
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....
ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ที่ตั้ง.....
เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
 เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้
(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย).....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิบัตร 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 ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

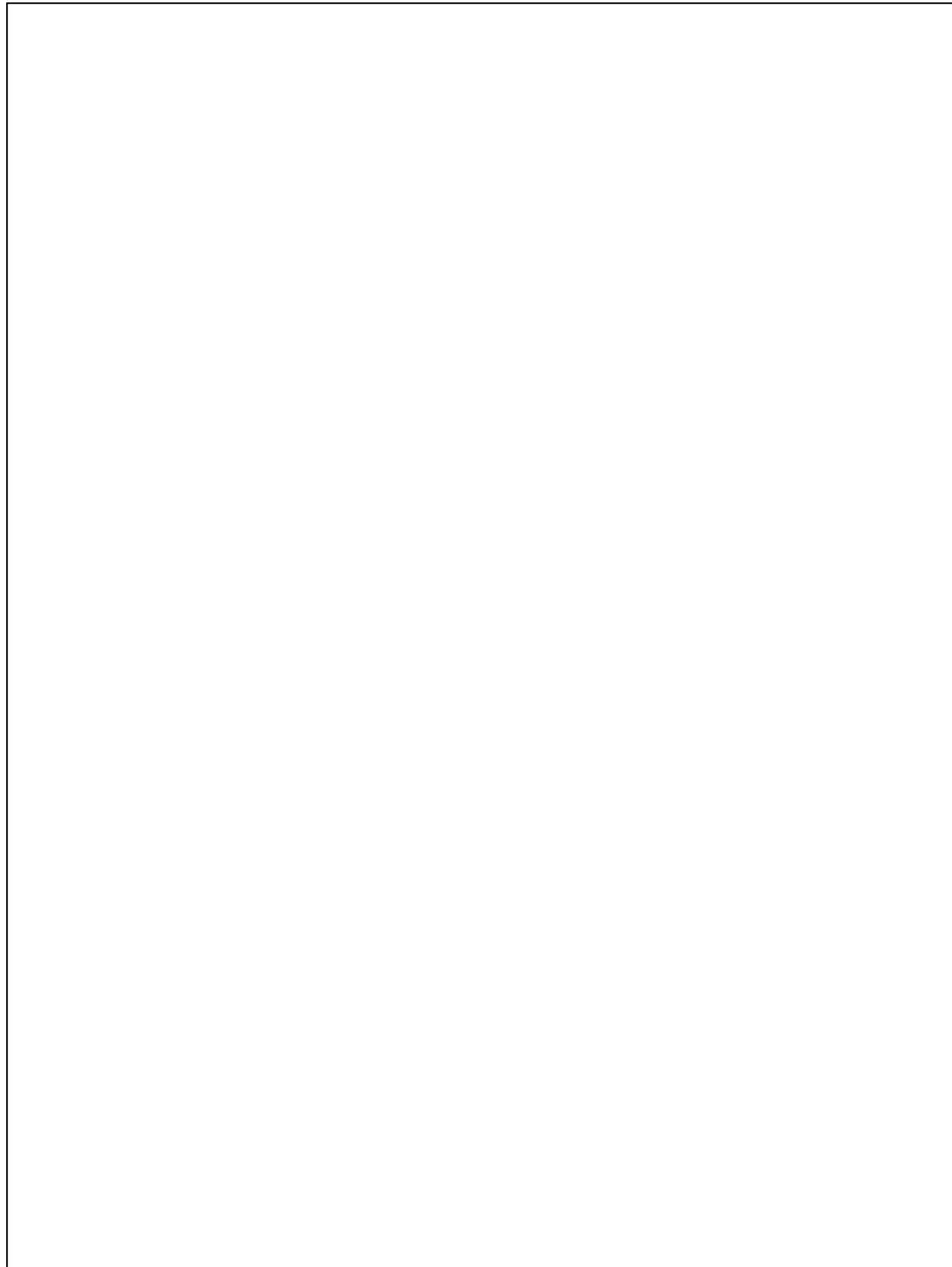
ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

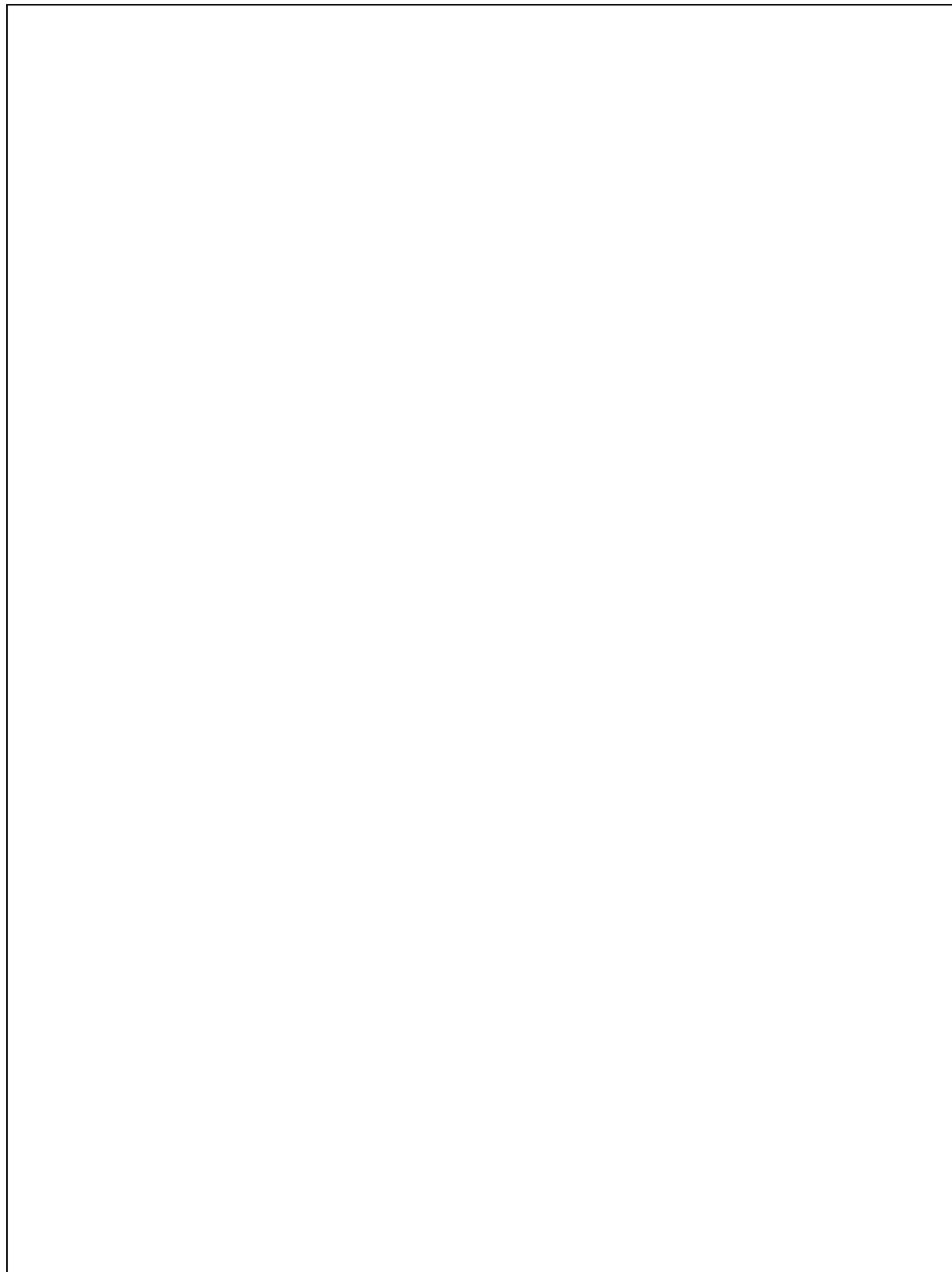
หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

แผนผังอุปกรณ์ภายในสถานพยาบาล



หมายเหตุ ระบุขนาดกว้าง X ยาว

แผนผังที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างบริเวณใกล้เคียง



บันทึกชี้แจงการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ.....

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) (๒)

ได้ยื่นขอรับอนุญาตประกอบกิจการ/ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์

อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ข้าพเจ้า ขอชี้แจงแนวทางในการควบคุมการติดเชื้อภายในสถานพยาบาล ดังนี้

๒.๑ ภาชนะที่ใช้ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อ

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

๒.๒ ภาชนะที่ใช้ในการเก็บขยะติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด สไลด์ ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว เป็นต้น

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

๒.๓ สถานที่ส่งกำจัดขยะติดเชื้อ

.....
ระยะเวลาหรือความถี่ในการส่งกำจัด.....
.....

๒.๔ การทำความสะอาดและการทำให้ปราศจากเชื้อ

บริเวณพื้นห้องตรวจ.....

บริเวณพื้นห้องทําแผล/ห้องปฏิบัติการต่าง ๆ.....

.....
เตียงตรวจ.....
รถทําแผล.....

เครื่องมือตรวจโรคทั่วไป เช่น เครื่องวัดความดัน หูฟัง

.....
ปรอทวัดไข้.....
ไม้กดลิ้น.....

ขวดแก้วแบ่งน้ำยาบนรถทําแผล.....

.....

วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่เป็นแอสแตนเลส หรือ โลหะ เช่น กระปุกใส่ Transfer Forceps, Forceps, Curette, กรรไกร ตัดไหม ถาด ใส่เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ หม้อก๊อช/สาลี เป็นต้น.....

Set Sterile ต่าง ๆ เช่น Set ทาแผล Set เย็บแผล เป็นต้น.....

เข็ม Syring ถุงมือ.....

เครื่องมือแพทย์หรือเครื่องมือทันตกรรมต่างๆ

ชุดตรวจฟัน ชุดอุดฟัน ชุดถอนฟัน(ที่ทำด้วยโลหะ).....

ด้ามกรอฟัน(กรอช้า/กรอเร็ว).....

เครื่องดูดหินปูนไฟฟ้า.....

ด้ามจับ Suction , tripple Syring, ท่อนำแสงของเครื่องฉายแสง.....

เครื่องมือ/วัสดุที่ทำด้วยพลาสติกยาง เช่น ด้ามพู่กัน,Rubber cup,ชนแปรงพู่กัน.....

การทำลายเชื้อพื้นผิวที่ปนเปื้อน เช่น เบาะเก้าอี้ทำฟัน ปุ่มปรับต่างๆ.....

อื่นๆได้แก่.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

หลักฐานการใช้บริการกำจัดขยะติดเชื้อ

.....

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....)