

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

 สัญชาติ อายุ ปี

☐ ๑.๒ นิตินบุคคล

โดย (๑) เลขประจำตัว

และ (๒) เลขประจำตัว

เป็นนิติบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เตียง

ลักษณะสถานพยาบาล

ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

☐ เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น

☐ เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต เป็น

☐ เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ตามที่ทางราชการกำหนด)

☐ การเปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิปับตร หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน ราย
เป็น

.....

.....

.....

.....

.....

☐ เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น

.....

☐ อื่นๆ

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- ☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- ☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
- ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต

(.....)

- หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัว.....

อายุ.....ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต.....ออกให้วันที่.....

ได้รับ ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ.....ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....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 จำนวน ๑ รูป

☐ ใบรับรองแพทย์

☐ อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ).....ผู้แสดงความจำนง

(.....)

- ☐ คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า เลขประจำตัว

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ออกให้วันที่

ได้รับ ☐ วุฒิบัตร ☐ หนังสืออนมัติ ☐ หนังสือรับรอง สาขา _____

ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง

วัน/เวลาทำการ

เพื่อ ☐ ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่

☐ ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม

เนื่องจาก ☐ ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน

☐ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป

ลักษณะสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

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)

☐ ไม่ได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานที่ใด

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|--|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน | ☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ | ☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล |
| ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี) | |
| ☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |
| ☐ รูปถ่าย ขนาด ๔ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๑ 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

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง การแจ้งเลิกเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วย ข้าพเจ้า.....ผู้ ชี้ น ะ เ ย ย น แ ล ะ ร ับ
ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะแผน.....
สาขา.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะเลขที่.....เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ณ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ชื่อ.....
ที่อยู่.....

บัดนี้ ข้าพเจ้าขอแจ้งเลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล
ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....) ผู้ดำเนินการ/
ผู้ประกอบการวิชาชีพ

ลงชื่อ.....
(.....) ผู้รับอนุญาต

ลงชื่อ.....
(.....) พนักงานเจ้าหน้าที่
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

- ☐ ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.๑๙)
☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.๘)
☐ แบบแสดงตนผู้ประกอบการวิชาชีพฯ (ใบสีน้ำเงิน) ที่มีตราประทับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
☐ ใบแจ้งความจาก สน.ท้องที่ : กรณีใบอนุญาตฯ/แบบแสดงตน สูญหาย, แจ้งเลิกโดยมีเหตุบางประการ (ถ้ามี)

หมายเหตุ ให้ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ต้องการ
ผู้ประกอบการวิชาชีพต้องแจ้งผู้รับอนุญาตล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน (เป็นลายลักษณ์อักษร)

เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

