

เลขรับที่.....
วันที่รับคำขอ.....
ลงชื่อ.....ผู้รับ

แบบตรวจเอกสารการขอเปลี่ยนผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (คลินิก)

ชื่อสถานพยาบาล.....ลักษณะของสถานพยาบาล.....
ที่ตั้ง.....
ชื่อผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ.....โทรศัพท์.....
ชื่อผู้ขออนุญาตดำเนินการ.....โทรศัพท์.....

รายการเอกสารอย่างละ 1 ฉบับ และรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ



เอกสารของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

- ☐ 1. แบบ ส.พ. 10
☐ 2. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ. 8) (สมุดเล่มเขียว)



เอกสารของผู้รับอนุญาตดำเนินการ “รายเก่า”

- ☐ 3. แบบแจ้งเลิกเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล
☐ 4. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19)
☐ 5. แบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ หรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ในคลินิก (ใบน้ำเงิน)



เอกสารของผู้ขอรับอนุญาตดำเนินการ “รายใหม่”

- ☐ 6. แบบ ส.พ. 6 และ ส.พ. 18
☐ 7. สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้ขออนุญาตดำเนินการ
- กรณี มีการเปลี่ยนแปลงชื่อสกุล แขนงสำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนสกุล หรือ ทะเบียนสมรส
- กรณี ชาวต่างชาติ ให้แนบ สำเนา passport + สำเนาทะเบียนบ้าน + สำเนา work permit
☐ 8. ใบรับรองแพทย์ของผู้ขอรับอนุญาตดำเนินการ (ไม่เป็นโรคต้องห้าม 4 โรค โดยให้บุคคลอื่นรับรอง) และต้องไม่เกิน 1 เดือนหรือตามเงื่อนไขใบรับรองแพทย์
- โรคต้องห้าม 4 โรคหลัก ได้แก่ 1) โรคพิษสุราเรื้อรัง 2) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างแรง 3) โรคจิตร้ายแรง 4) โรคอันไดอันเป็นอุปสรรคต่อการประกอบกิจการสถานพยาบาล/ดำเนินการสถานพยาบาล เช่น โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม วัณโรคในระยะอันตรายหรือแพร่กระจายเชื้อ โรคเท้าช้างระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (กรณีอื่นอาจมี ซิฟิลิส ในระยะที่ 3, คุชชิ่งหรือโรคผิวหนังที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, กามโรคในระยะที่มีผื่นหรือแผลตามผิวหนัง)
☐ 9. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบวิชาชีพ
- สำหรับคลินิกเฉพาะทาง แนบสำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรองจากสภาวิชาชีพเพิ่มเติม
☐ 10. รูปถ่ายของผู้ขอรับอนุญาตดำเนินการ ขนาด 2.5x3 เซนติเมตร (1 นิ้ว) จำนวน 3 รูป (รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา แต่งกายสุภาพ ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)
☐ 11. รูปถ่ายของผู้ขอรับอนุญาตดำเนินการ ขนาด 8x13 เซนติเมตร จำนวน 1 รูป (รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา แต่งกายสุภาพ ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)
☐ 12. หนังสือมอบอำนาจให้มายื่นเอกสารแทน (กรณีบุคคลธรรมดา ตีอากรแสดงมี 10 บาท/กรณีนิติบุคคล ตีอากรแสดงมี 30 บาท)
พร้อมแนบ สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มเอกสารต่างๆได้ที่



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รับคำขอ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- ☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้อง ☐ เอกสารไม่ครบถ้วน

สรุปความเห็น.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
(.....)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รับคำขอ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- ☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้อง ☐ เอกสารไม่ครบถ้วน

สรุปความเห็น.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
(.....)