

แบบตรวจเอกสารการขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (คลินิก)

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

ชื่อสถานพยาบาล.....ลักษณะของสถานพยาบาล.....
ที่ตั้ง.....
ชื่อผู้ประกอบการสถานพยาบาล.....โทรศัพท์.....
ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....โทรศัพท์.....



เอกสารของผู้ประกอบการ (เจ้าของคลินิก) รับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ

- ☐ 1. แบบ ส.พ. 10, ส.พ. 16
- ☐ 2. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 7)
- ☐ 3. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ. 8) (สมุดเล่มเขียว)
- ☐ 4. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัดสุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล)
- รับรองสำเนาถูกต้องและประทับตราบริษัททุกหน้า
- ☐ 5. สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้ประกอบการสถานพยาบาล
- กรณี มีการเปลี่ยนแปลงชื่อสกุล ให้แนบสำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนสกุล หรือ ทะเบียนสมรส
- กรณี ชาวต่างชาติ ให้แนบ สำเนา passport + สำเนาทะเบียนบ้าน + สำเนา work permit
- ☐ 6. หนังสือมอบอำนาจให้มายื่นเอกสารแทน (กรณีบุคคลธรรมดา ติดอากรแสตมป์ 10 บาท/กรณีนิติบุคคล ติดอากรแสตมป์ 30 บาท)
พร้อมแนบ สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ 7. แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล (แสดงรายละเอียดภายในคลินิก ระบุชื่อห้อง ขนาดความกว้างxความยาวของแต่ละห้อง ทุกชั้น ทุกอาคาร)
- ☐ 8. ภาพถ่ายภายในคลินิกบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลง
- ☐ 9. บันทึกตรวจสอบสถานพยาบาล เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



เอกสารของผู้ดำเนินการ

- ☐ 10. ส.พ. 22
- ☐ 11. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19)
- ☐ 12. สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ 13. หนังสือมอบอำนาจให้มายื่นเอกสารแทน (ติดอากรแสตมป์ 10 บาท) พร้อมแนบ สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ 14. รูปถ่ายของผู้ดำเนินการสถานพยาบาลขนาด 2.5x3 เซนติเมตร (1นิ้ว) จำนวน 3 รูป (รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา แต่งกายสุภาพ ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)



เอกสารของผู้ประกอบวิชาชีพร่วม

- ☐ 15. แบบ ส.พ. 6
- ☐ 16. สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้ขออนุญาตประกอบวิชาชีพร่วม
- ☐ 17. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบวิชาชีพ
- สำหรับคลินิกเฉพาะทาง แนบสำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรองจากสภาวิชาชีพเพิ่มเติม
- ☐ 18. หนังสือมอบอำนาจให้มายื่นเอกสารแทน (ติดอากรแสตมป์ 10 บาท) พร้อมแนบ สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ 19. รูปถ่ายของผู้ประกอบวิชาชีพร่วม ขนาด 8x13 เซนติเมตร จำนวน 1 รูป
(รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา แต่งกายสุภาพ ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)

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

☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้อง ☐ เอกสารไม่ครบถ้วน

สรุปความเห็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
(.....) (.....)

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

☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้อง ☐ เอกสารไม่ครบถ้วน

สรุปความเห็น.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
(.....)

