

แบบตรวจเอกสารการขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตสถานพยาบาล (คลินิก)

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

ชื่อสถานพยาบาล.....ลักษณะของสถานพยาบาล.....
ที่ตั้ง.....
ชื่อผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ.....โทรศัพท์.....
ชื่อผู้รับอนุญาตดำเนินการ.....โทรศัพท์.....

รายการเอกสารอย่างละ 1 ฉบับ และรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ

➡ เอกสารของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

- ☐ 1. แบบ ส.พ. 10
- ☐ 2. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 7)
- ☐ 3. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ. 8) (สมุดเล่มเขียว)
- ☐ 4. สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ
- ☐ 5. หนังสือมอบอำนาจให้มายื่นเอกสารแทน

(กรณีบุคคลธรรมดา ติดอากรแสตมป์ 10 บาท/กรณีนิติบุคคล ติดอากรแสตมป์ 30 บาท)

พร้อมแนบ สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ

6. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง

☐ 6.1 กรณีเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล

- ☐ 6.1.1 ภาพถ่ายแสดง “ป้ายชื่อคลินิกใหม่ที่ถูกต้องตามกฎหมาย” ของสถานพยาบาล (ภาพสี)
- ☐ 6.1.2 ภาพถ่ายแสดง “ชื่อใหม่ที่ถูกต้องตามกฎหมาย” ของสถานพยาบาล บนซองยาและเวชระเบียน (ภาพสี)

☐ 6.2 กรณีเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

- ☐ 6.2.1 สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนสกุล หรือ ทะเบียนสมรส

☐ 6.3 กรณีเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด (ตามที่ราชการกำหนด)

- ☐ 6.3.1 สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล
- ☐ 6.3.2 เอกสารอื่นๆ.....

☐ 6.4 กรณีเปลี่ยนแปลงเวลาทำการสถานพยาบาล

- ☐ 6.4.1 ภาพถ่ายแสดง “วันและเวลาทำการใหม่” ของสถานพยาบาลที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกคลินิก และตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ภาพสี)

☐ 6.5 กรณีเพิ่มห้องเอกซเรย์

- ☐ 6.5.1 แบบ ส.พ. 16
- ☐ 6.5.2 รายงานผลตรวจวิเคราะห์เครื่องเอกซเรย์ จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี (โทร 0 3878 4006 ต่อ 325)
- ☐ 6.5.3 แผนผังภายในสถานพยาบาล

➡ เอกสารของผู้รับอนุญาตดำเนินการ

- ☐ 7. แบบ ส.พ. 22 (กรณี เปลี่ยนแปลงเวลา ให้แนบ ☐ แบบ ส.พ. 6 เพิ่มเติม)
- ☐ 8. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19)
- ☐ 9. สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้รับอนุญาตดำเนินการ
- ☐ 10. รูปถ่ายของผู้ขออนุญาตดำเนินการ ขนาด 2.5x3 เซนติเมตร (1 นิ้ว) จำนวน 3 รูป (รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา แต่งกายสุภาพ ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)
- ☐ 11. หนังสือมอบอำนาจให้มายื่นเอกสารแทน (กรณีบุคคลธรรมดา ติดอากรแสตมป์ 10 บาท/กรณีนิติบุคคล ติดอากรแสตมป์ 30 บาท) พร้อมแนบ สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ
- 12. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง
 - ☐ 12.1 กรณีเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาตดำเนินการ
 - ☐ สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนสกุล หรือ ทะเบียนสมรส

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

- ☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้อง
- ☐ เอกสารไม่ครบถ้วน

สรุปความเห็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

(.....)

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

- ☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้อง
- ☐ เอกสารไม่ครบถ้วน

สรุปความเห็น.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

(.....)