

## คู่มือสำหรับประชาชน : การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

---

### หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

#### 1.หลักเกณฑ์

- 1.เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล
- 2.เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต
- 3.เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด
- 4.เปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิปดฺตร หรือหนังสืออนุมัติ
- 5.เปลี่ยนแปลงเวลาทำการ
- 6.อื่นๆ

#### 2.เงื่อนไข

- 1.การนับระยะเวลา 21วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

#### 3.วิธีการ

- 1.ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก ณ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- 2.พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงรายการในการประกอบกิจการคลินิก
3. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาต การเปลี่ยนแปลงรายการการประกอบกิจการคลินิก/ลงบันทึกในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
4. ส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก

ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

#### 4.ให้ยื่นแบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.10)

##### 1.กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการ

2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบการ

3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

6) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

7) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

2. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

1) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน (มีอายุไม่เกิน 6 เดือน) และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล

2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล

3) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลงนาม

4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลงนาม

5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

#### ช่องทางการให้บริการ

|                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>สถานที่ให้บริการ</b><br>(หมายเหตุ: -)<br>ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1 อาคารคลังพัสต ถนนสาทรเกษม<br>6 กระทรวงสาธารณสุข เบอร์โทรศัพท์ 0 2590 1997 ต่อ 716<br>, 720/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน | <b>ระยะเวลาเปิดให้บริการ</b> เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วัน<br>ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา<br>08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 21 วันทำการ

| ลำดับ | ขั้นตอน                                                                                                    | ระยะเวลา    | ส่วนที่รับผิดชอบ                        |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------|
| 1)    | <b>การตรวจสอบเอกสาร</b><br>ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ<br>สถานพยาบาล<br>(หมายเหตุ: -) | 1 วันทำการ  | สำนักสถานพยาบาลและ<br>การประกอบโรคศิลปะ |
| 2)    | <b>การพิจารณา</b><br>ตรวจสอบเอกสาร<br>(หมายเหตุ: -)                                                        | 14 วันทำการ | สำนักสถานพยาบาลและ<br>การประกอบโรคศิลปะ |
| 3)    | <b>การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ</b><br>เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต<br>(หมายเหตุ: -)                           | 5 วันทำการ  | สำนักสถานพยาบาลและ<br>การประกอบโรคศิลปะ |
| 4)    | <b>ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกอบการคลินิก</b><br>(หมายเหตุ: -)                                     | 1 วันทำการ  | สำนักสถานพยาบาลและ<br>การประกอบโรคศิลปะ |

**รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ**

| ลำดับ | ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)                                                                                                                                                                                                   | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร                 |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1)    | บัตรประจำตัวผู้ประกอบการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม<br>ฉบับจริง 0 ฉบับ<br>สำเนา 1 ฉบับ<br>หมายเหตุ (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)                                                                                                                           | กรมการปกครอง                               |
| 2)    | คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ<br>สถานพยาบาล (แบบ ส.พ.10)<br>ฉบับจริง 1 ฉบับ<br>สำเนา 0 ฉบับ<br>หมายเหตุ -                                                                                                                          | สำนักงานสาธารณสุขและการประกอบ<br>โรคติดต่อ |
| 3)    | สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบการ<br>ฉบับจริง 0 ฉบับ<br>สำเนา 1 ฉบับ<br>หมายเหตุ (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)                                                                                                                                             | กรมการปกครอง                               |
| 4)    | สมุดทะเบียนสถานพยาบาล(ส.พ.8)<br>ฉบับจริง 1 ฉบับ<br>สำเนา 0 ฉบับ<br>หมายเหตุ -                                                                                                                                                                     | สำนักงานสาธารณสุขและการประกอบ<br>โรคติดต่อ |
| 5)    | ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล<br>ฉบับจริง 1 ฉบับ<br>สำเนา 0 ฉบับ<br>หมายเหตุ -                                                                                                                                                                | สำนักงานสาธารณสุขและการประกอบ<br>โรคติดต่อ |
| 6)    | กรณีการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต(ให้แนบเอกสาร)<br>ฉบับจริง 0 ฉบับ<br>สำเนา 1 ฉบับ<br>หมายเหตุ (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)                                                                                                             | กรมการปกครอง                               |
| 7)    | กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือ<br>เขต จังหวัด (ให้แนบเอกสาร)<br>ฉบับจริง 0 ฉบับ<br>สำเนา 1 ฉบับ<br>หมายเหตุ (รับรองสำเนาถูกต้อง)                                                                                        | กรมการปกครอง                               |
| 8)    | กรณีเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล (ให้แนบเอกสาร)<br>ฉบับจริง 0 ฉบับ<br>สำเนา 1 ฉบับ<br>หมายเหตุ (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)                                                                                                                                 | สำนักงานสาธารณสุขและการประกอบ<br>โรคติดต่อ |
| 9)    | หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้<br>ประกอบวิชาชีพ (แบบส.พ.6) พร้อมเอกสารแนบ<br>ฉบับจริง 1 ฉบับ<br>สำเนา 1 ฉบับ<br>หมายเหตุ (กรณีขอเปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคติดต่อ หรือผู้<br>ได้รับวุฒิปด หรืออนุปดปด ทุกราย) | สำนักงานสาธารณสุขและการประกอบ<br>โรคติดต่อ |

**ค่าธรรมเนียม**

| ลำดับ | รายละเอียดค่าธรรมเนียม                                                                                                                                                   | ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ) |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1)    | การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต<br>หมายเหตุ: (กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง<br>อำเภอหรือเขต ผู้รับอนุญาตไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมในการแก้ไข<br>เปลี่ยนแปลง) | ค่าธรรมเนียม 100 บาท        |
| 2)    | ใบแทนใบอนุญาต<br>(หมายเหตุ: -)                                                                                                                                           | ค่าธรรมเนียม 200 บาท        |

### ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

| ลำดับ | ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ                                                                                                                                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1)    | ณ จุดยื่นคำขอ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000<br>(หมายเหตุ: -)                                     |
| 2)    | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000<br>(หมายเหตุ: -)                                                                                       |
| 3)    | ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000<br>(หมายเหตุ: -)                                        |
| 4)    | ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000<br>(หมายเหตุ: -)                                                                  |
| 5)    | อีเมล : mrdonline2014@gmail.com<br>(หมายเหตุ: -)                                                                                                                                            |
| 6)    | โทรศัพท์ 0 2193 7999<br>(หมายเหตุ: -)                                                                                                                                                       |
| 7)    | facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online<br>(หมายเหตุ: -)                                                                                                                                        |
| 8)    | ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี<br>หมายเหตุ: ( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300) |

### แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

| ลำดับ | ชื่อแบบฟอร์ม                                                                          |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1)    | คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.10)<br>(หมายเหตุ: -) |

### หมายเหตุ

-

### ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนงาน: (ใส่ชื่อกระบวนงาน)

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนงาน: (ชื่อหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ในส่วนของกระบวนงาน) (Division, Department, Ministry)

ประเภทของงานบริการ: (ใส่ชื่อประเภทงานบริการ)

หมวดหมู่ของงานบริการ: (ใส่ชื่อประเภทงานบริการ)

กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง: (ใส่ชื่อ ก.ม.ที่ให้อำนาจการอนุญาต)

ระดับผลกระทบ: (ใส่ระดับผลกระทบ)

พื้นที่ให้บริการ: (ใส่พื้นที่ให้บริการ)

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: (ใส่กฎหมายที่กำหนดระยะเวลา)

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ: (ใส่ระยะเวลาดำเนินการตามกฎหมายกำหนด)

ข้อมูลสถิติของกระบวนงาน:

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน

จำนวนคำขอที่มากที่สุด

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด

ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน: