

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

กรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19) สูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ดำเนินการแจ้งต่อผู้ขออนุญาต และยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับการสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

2.เงื่อนไข

1.การนับระยะเวลา 21วันทำการในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุ ให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3.คำขอใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ส.พ.21 เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่น

1.สำเนาบัตรประจำตัว

2.สำเนาภาพถ่ายทะเบียนบ้าน

3.รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตร จำนวน 2 รูปถ่ายไม่เกินหนึ่งปี

4.ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีขาด)

5.สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

6.เอกสารอื่นๆ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ (หมายเหตุ: -) ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ชั้น 1 อาคารคลังพัสต ถนนสาธารณสุข 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขโทรศัพท์ 0 2590 1997 ต่อ 716 , 720/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
---	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ
ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 21 วันทำการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและ ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	1 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
2)	การพิจารณา ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติ บันทึกสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (หมายเหตุ: -)	14 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ ผู้อนุญาตลงนาม (หมายเหตุ: -)	5 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
4)	ส่งมอบใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.7) (หมายเหตุ: -)	1 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
2)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีขอเปลี่ยนชื่อ สกุล ลงนามเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
3)	คำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ (ส.พ 21) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
4)	สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
5)	รูปถ่ายขนาด 2.5X3 เซนติเมตรจำนวน 2 รูปถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี ฉบับจริง 2 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (รูปถ่ายผู้ดำเนินการสถานพยาบาล)	-
6)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีชำรุด/ถูกทำลาย)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
7)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.9) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
8)	หนังสือแจ้งความ (กรณีสูญหาย) ฉบับจริง 1 ฉบับ	กองบัญชาการตำรวจนครบาล

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 200 บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	ณ จุดยื่นคำขอ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 (หมายเหตุ: -)
2)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 (หมายเหตุ: -)
3)	ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 (หมายเหตุ: -)
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 (หมายเหตุ: -)
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com (หมายเหตุ: -)
6)	โทรศัพท์ที่ 0 2193 7999 (หมายเหตุ: -)
7)	facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online (หมายเหตุ: -)
8)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี 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)	แบบคำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ส.พ.21 (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)

ข้อมูลสถิติของกระบวนการ:
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน
จำนวนค่าขอที่มากที่สุด
จำนวนค่าขอที่น้อยที่สุด

ข้ออ้างอิงของคู่มือประชาชน: