

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นขอต่ออายุใบอนุญาตและการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี
“สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)”

รายการเอกสาร	ชำระค่าธรรมเนียมประจำปี	ต่ออายุ ใบประกอบกิจการ	ต่ออายุ ใบดำเนินการฯ
กรอกคำขอ	คำขอ ชำระค่าธรรมเนียม	ส.พ.11	ส.พ.20
ค่าธรรมเนียม	500 บาท ยกเว้นรายที่ต่ออายุ ใบอนุญาตประกอบกิจการ	1,000 บาท	250 บาท
ใบอนุญาต	-	ส.พ.7 (ฉบับจริง)	ส.พ.19 (ฉบับจริง)
สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)	✓	✓	✓
สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	-	✓	-
สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับอนุญาต	-	✓	-
สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล	-	✓	-
ใบรับรองแพทย์	-	✓	✓
รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป	-	-	✓ กรณีใบอนุญาตหมดพื้นที่ต่ออายุ
หนังสือมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ 30 บาท (กรณีไม่ได้มาติดต่อด้วยตนเอง)	✓	✓	✓
หนังสือรับรองการตรวจสอบ สถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่	-	✓	-
หลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น สัญญา, หนังสือตอบรับการขนถ่ายจาก หน่วยงานอื่น หรือใบเสร็จ	✓	✓	✓

หมายเหตุ : กรณีไม่ประสงค์ต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.17) พร้อมแนบใบอนุญาตฉบับจริง**

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า(ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

☐ (บุคคลธรรมดา) ชื่อ.....เลขบัตรประชาชน.....

☐ (นิติบุคคล) ชื่อ.....โดย(ผู้มีอำนาจลงนาม)

1. ชื่อ-สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....

2. ชื่อ-สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....

สถานพยาบาล (คลินิก) ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ คลินิกตั้งอยู่เลขที่.....

ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ปัจจุบัน มีผู้ดำเนินการคลินิกชื่อ.....

2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอชำระค่าธรรมเนียมประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี.....จำนวน 500 บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท (กรณีมาชำระภายหลังวันที่ 31 ธันวาคม.....ต้องชำระเพิ่มเติมละ 25 บาท)

3. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร หลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

☐ 3.1 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีมีหรือยังไม่ได้รับสมุดทะเบียน กรุณานำแบบสำเนาใบประกอบกิจการสถานพยาบาล สพ.7)

☐ 3.2 รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สพ.23)

☐ 3.3 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับจริง สพ.7 (กรณีใบอนุญาตสิ้นอายุตามที่ระบุไว้ในใบอนุญาต)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการฯ
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่.....เลขที่.....

จำนวนเงิน.....บาท วันที่...../...../.....

ลงชื่อ จนท.ผู้มอบ สพ.12/ลงรายการในใบเสร็จรับเงิน

.....

ขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า



๑.๑ ชื่อ.....

เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สัญชาติ.....

อายุ

ปี



๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑)

เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒)

เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิติบุคคลประเภท..... จัดทะเบียนเมื่อ.....เลขทะเบียน.....

๑.๓ มี



บ้าน



สำนักงาน

ตั้งอยู่เลขที่.....

หมู่ที่

ซอย/ตรอก

ถนน

ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต

จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์

โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....

ซอย/ตรอก.....

ถนน.....

ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต

จังหวัด

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาต (ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ครั้งที่.....)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน..... ฉบับ คือ



สำเนาบัตรประจำตัว



ใบรับรองแพทย์



สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต



สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล



ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล



หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติ

สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑



สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้าเลขประจำตัว

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลักษณะของสถานพยาบาล

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ถนน.....

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

วัน/เวลาทำการ.....

๓. ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภท ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้
(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

[illegible]

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- ☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ☐ ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- ☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ได้มอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)

อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้ากระทำลงไปเสมือนหนึ่ง
ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตัวเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานใน
ที่นี้แล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ หรือลายนิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจกับผู้รับมอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
กับผู้มอบอำนาจได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้า

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

บัตรประจำตัวของผู้มอบอำนาจ

เลขที่.....

บ้านเลขที่.....

.....

.....

จังหวัด.....

ออกให้ ณ วันที่.....

วันหมดอายุ.....

บัตรประจำตัวของผู้รับมอบอำนาจ

เลขที่.....

บ้านเลขที่.....

.....

.....

จังหวัด.....

ออกให้ ณ วันที่.....

วันหมดอายุ.....

รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ประจำปีงบประมาณ.....
(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ ๑ ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง ๓๐ กันยายน ของปีปัจจุบัน)

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล.....
ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต..... เลขที่ใบอนุญาต.....
๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

๒. ลักษณะสถานพยาบาลและจำนวนการให้บริการ

๒.๑ ลักษณะสถานพยาบาล..... (คลินิกเฉพาะทางระบุสาขา).....
๒.๒ จำนวนผู้ป่วย..... คน..... ครั้ง
๒.๒.๑ จำนวนผู้ป่วยชาวไทย..... คน..... ครั้ง
๒.๒.๒ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ..... คน..... ครั้ง
๒.๓ จำนวนการให้บริการ.....
๒.๓.๑ เวชกรรม..... คน..... ครั้ง
๒.๓.๒ เวชกรรมเฉพาะทาง..... คน..... ครั้ง
๒.๓.๓ ล้างไต..... คน..... ครั้ง
๒.๓.๔ การผ่าตัดเล็ก..... คน..... ครั้ง
๒.๓.๕ หัตถกรรม
๑) ส่งเสริม ,ป้องกัน..... คน..... ครั้ง
๒) รักษา..... คน..... ครั้ง
๒.๓.๖ หัตถกรรมเฉพาะทาง
๑) ส่งเสริม ,ป้องกัน..... คน..... ครั้ง
๒) รักษา..... คน..... ครั้ง
๒.๓.๗ กายภาพบำบัด..... คน..... ครั้ง
๒.๓.๘ เทคนิคการแพทย์..... คน..... ครั้ง
๒.๓.๙ การพยาบาลและการผดุงครรภ์
๑) การตรวจก่อนคลอด..... คน..... ครั้ง
๒) การทำคลอดปกติ..... คน..... ครั้ง
๓) การดูแลหลังคลอด..... คน..... ครั้ง
๔) การพยาบาลอื่น (ระบุ)..... คน..... ครั้ง

๒.๓.๑๐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์เฉพาะทาง

- ๑) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์.....คน.....ครั้ง
 : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
 : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
 : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
 : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๒) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
 : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
 : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
 : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
 : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๓) สาขาการผดุงครรภ์
 : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
 : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
 : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
 : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๔) สาขาการพยาบาลเด็ก
 : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
 : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
 : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
 : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๕) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
 : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
 : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
 : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
 : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๖) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
 : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
 : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
 : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
 : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๑ การแพทย์แผนไทย

- ๑) รักษา.....คน.....ครั้ง
 ๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๒ การแพทย์แผนไทยประยุกต์

- ๑) รักษา.....คน.....ครั้ง
 ๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๓ การประกอบโรคศิลปะกิจกรรมบำบัด

๑) การให้บริการสำหรับเด็กและวัยรุ่น

: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ

: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๔ การประกอบโรคศิลปะการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

๑) การให้บริการการแก้ไขการพูด.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการการแก้ไขการได้ยิน.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๕ การประกอบโรคศิลปะเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

๑) การให้บริการระบบหัวใจ.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการระบบปอด.....คน.....ครั้ง

๓) การให้บริการระบบหลอดเลือด.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๖ การประกอบโรคศิลปะรังสีเทคนิค

๑) เอกซเรย์.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๗ การประกอบโรคศิลปะจิตวิทยาคลินิก

๑) การให้บริการทางจิตวิทยาคลินิก.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๘ การประกอบโรคศิลปะกายอุปกรณ์

๑) ตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

๒) ปรับแก้ไขอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง

๓) ผลิตกายอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๙ การประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน

๑) ฟังเข็ม.....คน.....ครั้ง

๒) นวดทุยนา.....คน.....ครั้ง

๓) สั่งยา.....คน.....ครั้ง

๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....คน.....ครั้ง

๓. เครื่องมือที่สำคัญ

๓.๑ เครื่องเอกซเรย์.....เครื่อง

๓.๒ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์.....เครื่อง

๓.๓ เครื่องตรวจวัดภาวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า.....เครื่อง

๓.๔ เครื่องล้างไต.....เครื่อง

๓.๕ เครื่องสลายนิ่ว.....เครื่อง

๓.๖ เครื่องอัลตราซาวนด์.....เครื่อง

๓.๗ เครื่องเลเซอร์.....เครื่อง

๓.๘ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้น

☐ มี ☐ ไม่มี ๓.๘.๑ ถังบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ

☐ มี ☐ ไม่มี ๓.๘.๒ ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การรักษายาบาล และ

ช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน **ตามลักษณะของสถานพยาบาล**

๑) คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

๒) คลินิกทันตกรรม/คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

๓.๙ เครื่องมือชนิดอื่นๆ (ระบุ).....

.....

๔. วิธีป้องกันการติดเชื้อในคลินิก

๔.๑ แขนง่ายา (ระบุชนิดน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้).....

ระยะเวลาในการแขนง่ายา.....

๔.๒ ใช้ความร้อนในการทำสะอาดเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ

☐ Autoclave (เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน) ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

☐ Hot air oven ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

☐ อบด้วยก๊าซ ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๓ อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับความร้อน

☐ Ultrasonic Cleaner ระยะเวลาในการทำสะอาด.....

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๔ การให้ความรู้แก่พนักงาน/เจ้าหน้าที่ในคลินิกเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการทำความสะอาดเครื่องมือ ครั้ง/ปี ให้ความรู้ครั้งล่าสุด (วัน/เดือน/ปี)

๔.๕ มีเอกสารแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการทำลายเชื้อที่ผู้ปฏิบัติงานสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน

☐ มี ☐ ไม่มี

๔.๖ วิธีการจัดการขยะติดเชื้อ

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๑ มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป (มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ
ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”)

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๒ วิธีการจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ระบุ).....
.....
.....

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๓ วิธีจัดการของมีคม(ระบุ).....
.....
.....

...

..

.

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วัน/เดือน/ปีที่รายงาน.....