

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

## แบบตรวจเอกสาร

## การขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลและดำเนินการสถานพยาบาล

ชื่อผู้ขออนุญาต.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....  
ประเภทสถานพยาบาล.....ชื่อสถานที่.....  
ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัดนครราชสีมา โทรศัพท์.....  
ชื่อผู้ตรวจเอกสาร.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

| ที่ | รายการเอกสาร                                                                                                                      | ผลการตรวจสอบ |       | หมายเหตุ<br>(รายละเอียดแก้ไข) |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|-------------------------------|
|     |                                                                                                                                   | ถูกต้อง      | แก้ไข |                               |
|     | <b>เอกสารคำขอ</b>                                                                                                                 |              |       |                               |
| 1   | คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้ง (สฟ.1)                                                                                                |              |       |                               |
| 2   | แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล (สฟ.2)                                                                                                 |              |       |                               |
| 3   | คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สฟ.5)                                                                                        |              |       |                               |
| 4   | หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน (สฟ.6)                                                                                       |              |       |                               |
| 5   | คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สฟ.18)                                                                                     |              |       |                               |
|     | <b>เอกสารส่วนที่เกี่ยวข้องกับสถานที่</b>                                                                                          |              |       |                               |
| 6   | แผนที่ตั้งสถานพยาบาล                                                                                                              |              |       |                               |
| 7   | แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล                                                                                                       |              |       |                               |
| 8   | สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล                                                                                          |              |       |                               |
| 9   | ภาพถ่ายสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามแบบฟอร์มที่กำหนด                                                                           |              |       |                               |
|     | <b>เอกสารของผู้ประกอบกิจการและผู้ดำเนินการ</b>                                                                                    |              |       |                               |
| 10  | สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน                                                                                                 |              |       |                               |
| 11  | หนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล                                                                                                |              |       |                               |
| 12  | ใบรับรองแพทย์                                                                                                                     |              |       |                               |
| 13  | สำเนาใบประกอบวิชาชีพ (ผู้ดำเนินการ)                                                                                               |              |       |                               |
| 14  | ภาพถ่าย 8 x 13 ซม. (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 1 รูป (ผู้ดำเนินการ)                                                            |              |       |                               |
| 15  | ภาพถ่าย 1 นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 3 รูป (ผู้ดำเนินการ)                                                                |              |       |                               |
|     | <b>เอกสารกรณีอำเภอตรวจสถานที่แล้ว</b>                                                                                             |              |       |                               |
| 16  | บันทึกการตรวจสถานที่ (ลงนาม+ตรวจครบถ้วน)                                                                                          |              |       |                               |
| 17  | รูปถ่ายป้ายสถานพยาบาล ระบุประเภท และเลขที่ใบอนุญาต                                                                                |              |       |                               |
| 18  | รูปถ่ายป้ายสีน้ำเงินของผู้ดำเนินการ ติดรูปถ่ายขนาด 8 x 13 ซม., ระบุชื่อ, ระบุประเภท และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ |              |       |                               |
| 19  | หลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ                                                                                                        |              |       |                               |

## แนวทางการตรวจเอกสารและสถานที่ประกอบการ

### การยื่นขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

#### 1. ตรวจสอบเอกสาร ซึ่งจะต้องประกอบด้วย

- 1.1 แบบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล/แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล/คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.1,2,5)
- 1.2 หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล (สพ.6)
- 1.3 แบบคำขอรับใบดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.18)
- 1.4 สำเนาทะเบียนบ้าน และ บัตรประชาชนของ ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ และผู้ขอดำเนินการสถานพยาบาล
- 1.5 สำเนาใบประกอบวิชาชีพ หรือใบประกอบโรคศิลปะของผู้ขอดำเนินการสถานพยาบาล
- 1.6 ใบรับรองแพทย์ ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ และผู้ขอดำเนินการสถานพยาบาล
- 1.7 สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี)
- 1.8 สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อสกุล (ถ้ามี)
- 1.9 กรณีผู้ขออนุญาตเป็นคนต่างด้าว จะต้องแนบสำเนาใบประกอบธุรกิจคนต่างด้าวจากกระทรวงพาณิชย์หรือใบอนุญาตให้คนต่างด้าว ทำงานจากกรมแรงงานกระทรวงมหาดไทย
- 1.10 กรณีผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล
- 1.11 สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
- 1.12 สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ เช่น โฉนด สัญญาเช่า
- 1.13 แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาล
- 1.14 แผนผังภายในคลินิก
- 1.15 รูปถ่ายผู้ขออนุญาตดำเนินการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป และขนาด 8 x 13 ซม. จำนวน 1 รูป

**\*\*จะต้องรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับที่เป็นฉบับสำเนา\*\***

#### 2. ตรวจสอบเวลาการขออนุญาตจะต้องสอดคล้องกับการดำเนินการจริง เช่น ในกรณีที่ผู้ดำเนินการรับราชการ ก็จะไม่สามารถระบุเวลาเปิดสถานพยาบาลตรงกับเวลาราชการได้

#### 3. ตรวจสอบชื่อสถานพยาบาล ต้องประกอบด้วย

**“คลินิก” + “เวชกรรม หรือ ทันตกรรม หรือ การพยาบาลและผดุงครรภ์ หรืออื่นๆ”** ตามประกาศกระทรวง (ขึ้นอยู่กับประเภทของใบประกอบโรคศิลปะ) นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อเฉพาะ

กรณีเป็นคลินิกเฉพาะทางให้ใช้คำว่า **“คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม หรือ ทันตกรรม” + “สาขาที่จบเฉพาะทางตามวุฒิบัตร”** นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อเฉพาะ

#### 4. ตรวจสอบสถานที่ โดยต้องเป็นสัดส่วน แยกจากการดำเนินกิจการส่วนอื่นๆ และบ้านพักอาศัย และไม่ให้มีการนำสิ่งของที่ไม่เกี่ยวข้องมาไว้ในสถานพยาบาล

#### 5. กรณีเป็น สถานพยาบาลประเภทการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องตรวจสอบรายการยาที่ได้รับอนุญาตให้มีได้ในสถานพยาบาล (ตรวจสอบรายการยาได้ที่ link : <https://fdakorat.wordpress.com/clinicform>)

6. ลงรายละเอียดในบันทึกการตรวจสอบสถานที่ โดยต้องตรวจสอบสถานที่ให้มีรายละเอียดครบถ้วนตามบันทึกการตรวจ และหากไม่ครบถ้วน ให้ลงข้อมูลว่าต้องแก้ไขปรับปรุงข้อใด และตรวจสอบที่ซ้ำ โดยบันทึกการตรวจซ้ำครั้งที่ 2 ในบันทึกการตรวจอีก 1 ชุด หากครบถ้วนแล้ว ให้ระบุวันที่เห็นว่าเหมาะสมในการอนุญาต (วันตรวจครั้งสุดท้าย ที่สมบูรณ์แล้ว) ลงในบันทึกการตรวจทุกครั้ง
7. ให้ผู้ดำเนินการถ่ายรูปลำยของสถานที่ประกอบกิจการโดยจะต้องประกอบด้วย
  - 7.1 รูปลำยป้ายสถานพยาบาล มีพื้นสีขาว ขนาดความกว้างไม่น้อยกว่า 40 ซม. และความยาวไม่น้อยกว่า 120 ซม. และให้ระบุชื่อสถานพยาบาล โดยใช้ตัวอักษรขนาดไม่น้อยกว่า 10 ซม. และระบุเลขที่ใบอนุญาตด้วย ตัวอักษรขนาดไม่น้อยกว่า 5 ซม. (กรณีทีขอใหม่ ยังไม่ได้เลข ให้เว้นช่องว่างไว้) โดยสีของตัวอักษรแตกต่างกันขึ้นกับประเภทใบอนุญาตโรคศิลปะ

| ประเภทใบประกอบโรคศิลปะ           | สัตว์อักษร |
|----------------------------------|------------|
| ● เวชกรรม / เฉพาะทาง             | เขียว      |
| ● ทันตกรรม / เฉพาะทาง            | ม่วง       |
| ● กายภาพบำบัด                    | ชมพู       |
| ● สหคลินิก                       | เขียวแก่   |
| ● พยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง | ฟ้า        |
| ● เทคนิคการแพทย์                 | เลือดหมู   |
| ● การแพทย์แผนไทย                 | น้ำเงิน    |
| ● การแพทย์แผนไทยประยุกต์         | ทอง        |
| ● การแพทย์แผนจีน                 | น้ำตาล     |

- 7.2 รูปถ่ายป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ป้ายสีน้ำเงิน ติดรูปถ่ายขนาด 8 x 13 ซม. ของผู้ดำเนินการ และระบุชื่อผู้ดำเนินการ ประเภทใบอนุญาตโรคศิลปะ (เช่น เวชกรรม ทันตกรรม การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง และอื่นๆ) และเลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ (ขอรับตัวอย่างป้าย ได้ที่ สสจ.นครราชสีมา)
- 7.3 รูปถ่ายตุ๋ยา จุดจ่ายยา และตู้เวชระเบียนยา
- 7.4 รูปถ่ายภายนอกสถานพยาบาล (มุมกว้าง)
- 7.5 รูปถ่ายห้องตรวจโรคซึ่งจะต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจ เก้าอี้ เตียงตรวจโรค
- 7.6 รูปถ่ายชุดดับเพลิง ป้ายห้ามสูบบุหรี่
- 7.7 รูปถ่ายป้ายสิทธิผู้ป่วย ป้ายให้สอบถามอัตราค่าบริการพยาบาล (ขอรับตัวอย่างป้าย ได้ที่ สสจ.นครราชสีมา)
- 7.8 กรณีคลินิกจัดตั้งอยู่ภายในปั้มน้ำมันหรือปั้มแก๊ส จะต้องจัดให้มีห้องน้ำที่สะอาดถูกสุขลักษณะในตัวคลินิกด้วย



ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center)

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

*e-mail : fdakorat@hotmail.com*

website : [fdakorat.wordpress.com](http://fdakorat.wordpress.com)

โทร 044-465011-4 ต่อ 105 โทรสาร 044-465021

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล  
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เลขรับที่.....  
วันที่.....  
ลงชื่อ.....ผู้รับคำ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า

☐ 1.1 ชื่อ.....

เลขประจำตัว 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 สัญชาติ..... อายุ.....ปี

☐ 1.2 นิตินาม.....

โดย (1) ..... เลขประจำตัว 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

และ (2) ..... เลขประจำตัว 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

เป็นนิตินามประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ.....เลขทะเบียน.....

1.3 มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

2. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ 2.1 สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

☐ คลินิกเวชกรรม ☐ คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง..... ☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง..... ☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด ☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์ ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย.....

.....

.....

☐ 2.2 ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย

.....

.....

3. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน ..... ฉบับ คือ

- |                                                                                                                                     |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล                                                                                 | <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง |
| <input type="checkbox"/> แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล                                                                                | <input type="checkbox"/> ในบริเวณใกล้เคียง                              |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต                                                                                | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว                              |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล                                                                       | <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์                                  |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) |                                                                         |
| <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล                                                                      |                                                                         |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                                                                                                 |                                                                         |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

หมายเหตุ :

1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

## แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

### 1. ลักษณะของสถานพยาบาล

- ☐ คลินิกเวชกรรม      ☐ คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง.....      ☐ คลินิกทันตกรรม  
☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง.....      ☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์  
☐ คลินิกกายภาพบำบัด      ☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์      ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย  
☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์  
☐ สหคลินิก ประกอบด้วย.....

### 2. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

### 3. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

- ☐ เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ      ☐ เป็นอาคารอยู่อาศัย      ☐ เป็นห้องแถว      ☐ เป็นตึกแถว  
☐ เป็นบ้านแถว      ☐ เป็นบ้านแฝด      ☐ เป็นอาคารพาณิชย์      ☐ ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า  
☐ อื่นๆ..... มี..... คูหา..... ชั้น

4. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

5. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

6. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

7. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล.....วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.1

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ).....ผู้อนุญาต  
วันที่.....

หมายเหตุ : ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

## คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เลขรับที่.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

เขียนที่ .....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

## 1. ข้าพเจ้า

☐ 1.1 ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 สัญชาติ..... อายุ.....ปี☐ 1.2 นิตินบุคคล.....โดย (1) ..... เลขประจำตัว 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

และ (2) ..... เลขประจำตัว 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

เป็นนิตินบุคคลประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ.....เลขทะเบียน.....

1.3 มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

## 2. ลักษณะของสถานพยาบาล

## 2.1 ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ คลินิกเวชกรรม ☐ คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง..... ☐ คลินิกทันตกรรม☐ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง..... ☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์☐ คลินิกกายภาพบำบัด ☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์ ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย☐ คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์☐ สหคลินิก ประกอบด้วย.....

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ ห้องเอกซเรย์☐ ห้องไตเทียม☐ ห้องผ่าตัด☐ ห้องฝังเข็ม☐ อื่นๆ .....

2.2 ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

- ☐ โรงพยาบาลทั่วไป    ☐ โรงพยาบาลเฉพาะทาง.....    ☐ สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไป  
☐ สถานพยาบาลเวชกรรมเฉพาะทาง.....    ☐ สถานพยาบาลทันตกรรมทั่วไป  
☐ สถานพยาบาลทันตกรรมเฉพาะทาง.....    ☐ สถานพยาบาลการผดุงครรภ์  
☐ สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง    ☐ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย    ☐ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- |                                                                  |                                                   |                                                    |                                          |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> อายุรกรรม                               | <input type="checkbox"/> ศัลยกรรม                 | <input type="checkbox"/> สูตินรีเวชกรรม            | <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม    |
| <input type="checkbox"/> แผนกเทคนิคการแพทย์                      | <input type="checkbox"/> แผนกออร์โธปิดิกส์        | <input type="checkbox"/> แผนกโรคผิวหนัง            | <input type="checkbox"/> แผนกการผสมเทียม |
| <input type="checkbox"/> แผนกกายภาพบำบัด                         | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทย       | <input type="checkbox"/> แผนกโภชนาการ              | <input type="checkbox"/> แผนกชักฟอก      |
| <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยหนัก                           | <input type="checkbox"/> ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัดเล็ก            | <input type="checkbox"/> ห้องให้การรักษา |
| <input type="checkbox"/> ห้องทารกหลังคลอด                        | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ   | <input type="checkbox"/> ห้องไตเทียม               | <input type="checkbox"/> ห้องทันตกรรม    |
| <input type="checkbox"/> รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์            | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปิดหัวใจ       | <input type="checkbox"/> การสวนหัวใจ               | <input type="checkbox"/> รังสีบำบัด      |
| <input type="checkbox"/> การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า |                                                   | <input type="checkbox"/> การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ | <input type="checkbox"/> ห้องเก็บศพ      |
| <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์              | <input type="checkbox"/> แผนกการนวด               | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนจีน        |                                          |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                              |                                                   |                                                    |                                          |

3. วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) .....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....  
 ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- |                                                                                                                                     |                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว                                                                                          | <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส.พ. 6 |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต                                                                                | พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน                             |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล                                                                       | และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพ                                  |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์                                                                                              | <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล               |
| <input type="checkbox"/> สำเนาโฉมบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)                                                                    | <input type="checkbox"/> หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล            |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) |                                                                              |



☐ แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

☐ เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้

- (ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล
- (ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง
- (ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร
- (ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร
- (จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร
- (ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร
- (ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

☐ กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมียกเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
- (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
- (ค) หนังสือแสดงความเห็นขอรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

☐ อื่นๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ขบถด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ : 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้ยื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

## หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัว

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

อายุ.....ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต.....ออกให้วันที่.....

ได้รับ ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ.....ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

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

ปัจจุบันข้าพเจ้า

☐ ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด☐ รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ)

.....

.....

☐ ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน☐ เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....มาก่อน

แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล.....

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้.....

.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัว
 ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน  
☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ
 ☐ สำเนาอนุมัติบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ  
☐ รูปถ่ายขนาด 8 x 13 เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน 1 รูป  
☐ อื่นๆ.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ : ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

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

☐ คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

1. ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

อายุ.....ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

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

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ..... ออกให้ ณ วันที่.....

☐ วุฒิบัตร ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ หนังสือรับรอง สาขา.....

ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

วัน/เวลาทำการ..... เพื่อ

☐ ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่

☐ ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม

เนื่องจาก ☐ ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน

☐ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป

ลักษณะสถานพยาบาล..... ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....

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

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

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

2. ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการ

สถานพยาบาล.....วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

.....

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้  
(ชี้แจง ชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวันเวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- |                                                                                           |                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว                                                | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ  |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน                                                 | <input type="checkbox"/> สำเนาโฉมบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์                                                    | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล                     |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)                                    |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด 8 x 13 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี  |                                                                             |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
2. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
3. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา 23 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
4. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต  
(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล