

หลักฐานการรับคำขออนุญาต
แจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลในโรงงานสถานที่ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
เลขรับ.....วันที่รับเอกสาร.....วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

☐ เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๑.....
.....
.....
.....
.....
.....ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ
วันที่...../...../.....การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๒.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

หมายเหตุ : เงื่อนไขสถานพยาบาลที่เข้าข่ายต้องขออนุญาตเป็นสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่จัดให้บริการด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ
อนามัยและการควบคุมและป้องกันโรค ในลักษณะที่เป็นการจัดสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน ลูกจ้าง หรือบุคคลที่
เกี่ยวข้อง ได้แก่

- (ก) สถานศึกษาของเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชนหรือตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน
(ข) นายจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน
(ค) เจ้าของเรือตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานทะเล
(ง) ผู้ให้บริการขนส่งผู้โดยสารในยานพาหนะต่าง ๆ เช่น เครื่องบินโดยสาร เรือเดินทะเลรถขนส่งไฟฟ้า เป็นต้น

ทั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขให้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาต
ให้ดำเนินการสถานพยาบาล และไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียมรายปี แต่ทั้งนี้หากมีผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ
ปฏิบัติงานต้องจัดให้มีหลักฐานรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะพร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
หรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ สมุดทะเบียนผู้ป่วย บันทึกการปฏิบัติงานที่สามารถตรวจสอบได้

สรุปรายการเอกสาร

- ☐ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ขออนุญาต
 - ☐ แบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (สพ.อ.๑) ๑ ฉบับ
 - ☐ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ยื่นคำขอ จำนวน ๑ ฉบับ
 - ☐ กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันและประทับตราสำคัญของบริษัทตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในสำเนาหนังสือฯ จำนวน ๑ ชุด
 - ☐ กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับกระทำการครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับกระทำการมากกว่าครั้งเดียว พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ระบุสิ่งที่จะมอบให้กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร การรับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)
 - ☐ สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งคลินิก จำนวน ๑ ฉบับ
 - ☐ แผนผังแสดงที่ตั้งโรงงาน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ☐ แผนผังแสดงลักษณะการจัดพื้นที่ใช้สอยในสถานพยาบาล จำนวน ๑ ฉบับ
- ☐ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ทุกสาขาๆ ที่ปฏิบัติงานทุกคน
 - ☐ ตารางแสดงความจำเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ของผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ จำนวน ๑ ฉบับ
 - ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ของผู้ปฏิบัติงานทุกคนๆละ ๑ ฉบับ
 - ☐ รูปถ่ายขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร หน้าตรงครึ่งตัว ถ่ายไม่เกิน ๑ ปี จำนวน ๑ รูป/คน
 - ☐ สมุดทะเบียนผู้ป่วย (ใช้ภาพถ่าย หรือ นำตัวอย่างการบันทึกมาแสดง) ๑ เล่ม
 - ☐ สมุดบันทึกการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ (ใช้ภาพถ่าย หรือ นำตัวอย่างการบันทึกมาแสดง) ๑ เล่ม
- ☐ ภาพถ่ายแสดงลักษณะสถานพยาบาล
 - ☐ บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาลให้เห็นตัวอาคารที่ตั้งทางด้านหน้า ป้ายชื่อสถานพยาบาล และเวลาทำการ
 - ☐ บริเวณลงทะเบียนผู้รับบริการและบริเวณจ่ายยา
 - ☐ บริเวณนั่งรอตรวจ
 - ☐ บริเวณภายในห้องตรวจ โต๊ะตรวจ เตียงตรวจและอุปกรณ์การตรวจ อ่างฟอกมือใช้ก๊อกที่ไม่ใช้มือ ปิด-เปิด
 - ☐ บริเวณห้องให้การรักษา(ทำแผล ฉีดยา และอื่นๆ) ถ้ามี
 - ☐ ป้ายแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติงานทุกคน ที่ติดแสดงไว้ที่คลินิก ได้แก่ ชื่อ คุณวุฒิ เลขที่ใบอนุญาต และ วัน เวลา ที่ปฏิบัติงาน

(หมายเหตุ: การรายการยา และจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ ให้เป็นไปตามที่โรงงานประสงค์จะจัดให้มี
ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติงาน ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนดใน พรบ.วิชาชีพแต่ละสาขา)

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับ

ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว

อายุ ปี สัญชาติ.....อยู่เลขที่.....ซอย.....

ตรอกถนนหมู่ที่ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขตจังหวัดโทรศัพท์

ขอแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพื่อเป็นสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ พนักงานลูกจ้าง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง จำนวน

ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่ที่

ซอย ตรอก ถนน หมู่ที่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ปฏิบัติงาน

๑. แพทย์คน ๒. พยาบาล คน

๓. ทันตแพทย์คน ๔. เภสัชกร คน

๕. นักกายภาพบำบัดคน ๖. นักเทคนิคการแพทย์ คน

๗. แพทย์แผนไทยคน

- เวชกรรมไทยคน - เภสัชกรรมไทยคน

- การฝังเข็มไทย.....คน - การนวดไทยคน

- การแพทย์พื้นบ้านไทย.....คน

๘. แพทย์แผนไทยประยุกต์คน

๙. ผู้ประกอบโรคศิลปะ

(๑) กิจกรรมบำบัดคน (๒) การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย.....คน

(๓) เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกคน (๔) รังสีเทคนิค คน

(๕) จิตวิทยาคลินิกคน (๖) กายอุปกรณ์..... คน

(๗) การแพทย์แผนจีน.....คน

(๘) อื่นๆ.....คน

เป็นผู้ให้บริการและเปิดให้บริการเวลาระหว่าง น.

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงาน

ตารางแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

[illegible]