

## หลักฐานการรับคำขออนุญาต

- ☐ คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

สถานที่ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เลขรับ.....วันที่รับเอกสาร.....วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

☐ ได้รับเอกสารแล้ว เมื่อวันที่...../...../.....

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

☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้อง เมื่อวันที่...../...../.....

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

☐ เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ  
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้.

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๑.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

วันที่...../...../.....

การตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่ ๒.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

## รายการเอกสารหลักฐาน

### รายการเอกสารในส่วนของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

- ☐ สำเนาบัตรประชาชน (กรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท) ๑ ฉบับ/ชุด
- ☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลตัวจริง ๑ ฉบับ
- ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ๑ เล่ม
- ☐ กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัด ทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด

### รายการเอกสารในส่วนของผู้ขอรับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

- ☐ แบบ ส.พ.๑๘ ๑ ฉบับ
- ☐ แบบ ส.พ.6 ๑ ฉบับ
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
- ☐ สำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ๑ ฉบับ
- ☐ สำเนาจุติบัตร หรือหนังสืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง (ถ้ามี) ๑ ฉบับ
- ☐ ใบรับรองแพทย์ ๑ ฉบับ
- ☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี ๓ รูป
- ☐ รูปถ่าย ขนาดรูปถ่ายขนาด ๘ X ๑๓ เซนติเมตร(ครึ่งตัวหน้าตรง)ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี ๒ ใบ

### การรับรองตัวเอง

#### ของผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

- ☐ ผู้ขออนุญาตดำเนินการต้องมายื่นเรื่องด้วยตัวเอง (เมื่อวันที่ .....
- ☐ ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้วสองแห่ง
- ☐ สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิดตลอดเวลาทำการของคลินิก
- ☐ เวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้ไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่เป็นผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลแห่งอื่น
- ☐ เวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้ ไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ(ผู้ทำการตรวจรักษา) ของสถานพยาบาลแห่งอื่น

- ☐ ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้อยู่ระหว่างการ ศึกษา/อบรม หรือ สอนหนังสือ ใดๆตลอดเวลาที่ขอดำเนินการ
- ☐ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการดำเนินการ และ ประกอบวิชาชีพ ในระบบสารสนเทศฯไม่ซ้ำซ้อน (เมื่อวันที่.....)

ข้าพเจ้ารับทราบและขอรับรองว่ามีคุณสมบัติตามข้อกำหนดดังกล่าว

(.....)

ผู้ขออนุญาตดำเนินการ

กรณีต้องการแจ้งยกเลิกการปฏิบัติงาน (การประกอบวิชาชีพ) ของคนเก่า ให้เพิ่มเอกสารดังนี้

☐ แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๐)

๑ ฉบับ

ระบุชื่อผู้ที่จะยกเลิกใน ช่อง การเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพ

แบบ ส.พ. ๑๘

|          |
|----------|
| เลขรับ   |
| ที่..... |
| วัน..... |
| ที่..... |

ลงชื่อ.....ผู้

- ☐ คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า .....

เลขประจำตัว

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

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่

..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก

..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..

..... อำเภอ/เขต

..... จังหวัด ..... รหัส

ไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.

..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

..... ออกให้ ณ วันที่ .....

☐ วุฒิบัตร ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ หนังสือรับรอง สาขา

.....



[illegible]

พร้อมกับค่าขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัว
  - ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบ
  - ☐ อนุญาตประกอบโรคศิลปะ
  - ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
  - ☐ สำเนาโฉมบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ
  - ☐ หนังสือรับรอง
  - ☐ ใบรับรองแพทย์
  - ☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
  - ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)
  - ☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
  - ☐ รูปถ่าย ขนาด ๔ X ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

๑. ไม่เป็นผั้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓

แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ)

..... ผู้ยื่นคำขอ

(

..... )

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ)

..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(

..... ) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ

ส.พ. ๑๐

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อ

.....ผู้รับคำ

ขอ

**คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ  
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล**

เขียนที่

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ

.....  
.....

เลขประจำ

สัญชาติ

..... อายุ .....

ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล

.....  
.....

โดย (๑)

..... เลขประจำตัว

และ (๒)

.....เลขประจำตัว

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ

.....เลขทะเบียน .....

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพ ☐ บาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล

.....  
.....

ตามใบอนุญาตที่ .....

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ณ สถานพยาบาลชื่อ

..... ตั้ง

อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน

..... ตำบล/แขวง

.....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์

อิเล็กทรอนิกส์

.....

๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

☐ เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น

.....

☐ เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต เป็น

.....

☐ เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ตามที่ทางราชการกำหนด)

☐ การเปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย  
เป็น

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น

.....

.....

.....

☐ อื่นๆ

.....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เอกสารที่เป็น  
หลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ☐ สำเนาบัตรประชาชน/  
สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

.....

.....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(  
..... )

## หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

# ข้าพเจ้า

[illegible]

## เลขประจำตัว

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

[illegible]

ได้รับ หนังสืออนุมัติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แสดงความรู้ความชำนาญ  
ออกให้วันที่ .....

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

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

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

## ปัจฉิมบท

☐ ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

☐ รัชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน

☐ เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล

.....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด

..... มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน

..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของข้าพเจ้ามีได้อยู่ในระหว่าง พักใช้  
หรือ เพิกถอน ใบอนุญาตฯ และ

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

.....

.....

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้

.....

.....

.....

.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว

☐

สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบ

☐

โรคศิลปะ

สำเนาวุฒิบัตร

☐ รื้อหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ

รูปถ่ายขนาด ๔ x ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

☐ อื่น ๆ

.....

.....

.....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความ

จำนอง

(

.....

.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ☐ ในช่อง

หน้าข้อความที่ต้องการ