

หลักฐานการรับคำขออนุญาต โอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการของสถานพยาบาล

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

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

☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....

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

☐ เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้......
.....
.....
.....ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ
วันที่...../...../.....

รายการเอกสาร/หลักฐาน

☐ แบบฟอร์ม “คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๓)”

๑ ฉบับ

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ(ผู้โอน) ๑ ฉบับ

- กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตร
ประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับโอน ๑ ฉบับ

- กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตร
ประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด

☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับโอน ๑ ฉบับ☐ ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน ๑ ฉบับ☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ตัวจริง) ๑ ฉบับ☐ สำเนาเอกสารเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์

- สำเนาทะเบียนบ้านคลินิก
- สำเนาโฉนด หรือ หลักฐานการเป็นเจ้าของอาคาร
- สัญญาเช่า หรือ หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ให้เช่าหรือผู้ยินยอม

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

๑ เล่ม

☐ กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน

๑ ชุด

แบบ

ส.พ. ๑๙

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อ

ผู้รับคำขอ

คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่

เดือน

พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐

๑.๑ ชื่อ

เลขประจำ

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

สัญชาติ

ปี

อายุ

☐

๑.๒ นิติบุคคล

โดย (๑)

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

..... เลขประจำตัว

และ (๒)

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

.....เลขประจำตัว

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพียง
ลักษณะของสถานพยาบาล

ตามใบอนุญาตที่

ออกให้ ณ วันที่

เดือน

พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ

ตั้ง

อยู่เลขที่

หมู่ที่

ซอย/ตรอก

ถนน

ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต

จังหวัด

รหัสไปรษณีย์

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

โดยมี

..... เป็นผู้
ดำเนินการ

๒. มีความประสงค์ขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลดังกล่าวข้าง
ต้น ให้ ☐

๒.๑ ชื่อ

เลขประจำ

สัญชาติ

อายุ ปี

☐ ๒.๒ นิติบุคคล

โดย (๑)

..... เลขประจำตัว

และ (๒)

..... เลขประจำตัว

เป็นนิติบุคคลประเภท

จดทะเบียนเมื่อ

เลขทะเบียน

๒.๓ มี

บ้าน

สำนักงาน

ตั้งอยู่เลขที่

หมู่ที่

..... ขอย/ตรอก

ถนน

ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต

จังหวัด

รหัสไปรษณีย์

..... โทรศัพท์

โทรสาร

อิเล็กทรอนิกส์

..... ไปรษณีย์

ฉบับ ☐ พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
ของ ☐ โอน ☐

สำเนาบัตรประจำตัว

เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์
ทะเบียนบ้านของผู้รับโอน

สำเนา

☐

สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐

ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน

สำเนานหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทน
นิติบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิติบุคคล)

(ลายมือชื่อ)

..... ผู้โอน

(

.....)
.....)

(ลายมือชื่อ)

ผู้รับโอน

(

.....)
.....)

๒

ข้าพเจ้าผู้รับโอนขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งขอบด้วยกฎหมายถึงที่สุด ให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ)

ผู้รับโอน

(

.....)
.....)

(ลายมือชื่อ)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(

.....)

รับทราบการโอนกิจการ

หมายเหตุ 1.ใส่เครื่องหมาย ☐ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

