

หลักฐานการรับคำขออนุญาต เปลี่ยนแปลง วัน/เวลา เปิดทำการของสถานพยาบาล

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 “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ (ส.พ.๑๐)”

๑ ฉบับ

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

๑ ฉบับ

● กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตร
ประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร

๑ ชุด

☐ แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๒๒)”

๑ ฉบับ

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการ

๑ ฉบับ

☐ รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ครึ่งตัวหน้าตรง ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

๓ รูป

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ตัวจริง)

๑ ฉบับ

☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(ตัวจริง)

๑ ฉบับ

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

๑ เล่ม

- ☐ กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง) มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด
- ☐ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติผู้ดำเนินการถูกต้อง ไม่ดำเนินการหรือปฏิบัติงานที่อื่นซ้ำซ้อนกับวันเวลาเปิดทำการใหม่
- ☐ รูปถ่ายแสดง วัน/เวลา ทำการ บริเวณด้านหน้าคลินิก ที่ติดแสดงมั่นคงถาวร ๑ รูป

แบบ

ส.พ. ๑๐

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อ

ผู้รับคำ

ขอ

คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ

เลขประจำ

สัญชาติ

ปี

อายุ

☐ ๑.๒ นิติบุคคล

โดย (๑)

..... เลขประจำตัว

และ (๒)

.....เลขประจำตัว

เป็นนิติบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ

.....เลขทะเบียน

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพ ☐ บาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง

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 (ตาม
ที่ทางราชการกำหนด)

☐ การเปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับอนุมัติ หรือ
หนังสืออนุมัติ จำนวนราย
เป็น

☐ เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น

☐ อื่นๆ

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยายาล เอกสารที่เป็น
หลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
☐ สมุดทะเบียนสถานพยายาล ☐ สำเนาบัตรประชาชน/
สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

()

แบบ ส.

พ. ๒๒

ที่.....

เลขรับ

วันที่

ลงชื่อ

..... ผู้รับคำขอ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถาน พยายาล

เขียนที่

วันที่ เดือน

พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

เลขประจำ

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

อายุ.....ปี สัญชาติ

ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้
ค้างคืนเตียง
ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่
..... เดือน พ.ศ.

.....
ลักษณะของสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาล ชื่อ
.....

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

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

..... จังหวัด

..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

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

๒.มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

☐ การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น
.....
.....

☐ การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ เป็น
.....
.....

☐ การเปลี่ยนชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด เป็น
.....

☐ การเปลี่ยนแปลงวัน เวลา ที่ให้บริการ เป็น
.....
.....

☐ อื่นๆ
.....
.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)...(รูปถ่าย ขนาด ๒..๕x๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน
หนึ่งปี)

(ลายมือชื่อ).....

.....ผู้ดำเนินการ

(.....)

.....
.....
.....

.....
.....
.....

- ☐ 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 ๓๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป
☐ อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความ
จำนง

(

.....
.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย□ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ