

## แบบตรวจสอบเอกสารการขออนุญาตเปิดสถานพยาบาล (คลินิก)

ลำดับ	ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล	ฉบับจริง (ฉบับ)	สำเนา (ฉบับ)	หมายเหตุ	สำหรับเจ้าหน้าที่	
					ครบ	ไม่ครบ
๑	หนังสือคำขออนุญาตแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล (ส.พ.๑)	✓	-	-		
๒	แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล (ส.พ.๒)	✓	-	-		
๓	คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๓)	✓	-	-		
๔	รูปแพนท์แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างใกล้เคียง	✓	-	-		
๕	รูปแพนผังภายในสถานพยาบาล	✓	-	-		
๖	สำเนาเอกสารที่ได้รับอนุญาต (สัญญาเช่าแบบพร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้ให้เช่า, โฉนดที่ดิน, หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่, อื่นๆ)	✓	-	-		
๗	สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล	-	✓	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง		
๘	สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต	-	✓	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง		
๙	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต	-	✓	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง		
๑๐	ใบรับรองแพทย์ (ไม่เป็นโรคต้องห้าม และร่างกายแข็งแรงดี)	✓	-	-		
๑๑	กรณีเป็นนิติบุคคลมีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติม (สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน, วัตถุประสงค์, และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล)	-	✓	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง		
ลำดับ	ผู้รับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล	ฉบับจริง (ฉบับ)	สำเนา (ฉบับ)	หมายเหตุ	สำหรับเจ้าหน้าที่	
					ครบ	ไม่ครบ
๑	คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๔)	✓	-	-		
๒	สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต	-	✓	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง		
๓	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต	-	✓	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง		
๔	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบประกอบโรคศิลปะ/วุฒิบัตร/หนังสืออนุญาตบัตร/หนังสือรับรอง	-	✓	ไม่หมดอายุ, ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง		
๕	หนังสือแสดงความจำนำงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล (ส.พ.๖)	✓	-	-		
๖	รูปถ่ายขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. (๑ นิ้ว)	๒ รูป	-	ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี		
๗	รูปถ่ายขนาด ๔ x ๓ ซม.	๑ รูป	-	ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี		
ลำดับ	ผู้ประกอบวิชาชีพ	ฉบับจริง (ฉบับ)	สำเนา (ฉบับ)	หมายเหตุ	สำหรับเจ้าหน้าที่	
					ครบ	ไม่ครบ
๑	หนังสือแสดงความจำนำงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล (ส.พ.๖)	✓	-	-		
๒	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบประกอบโรคศิลปะ/วุฒิบัตร/หนังสืออนุญาตบัตร/หนังสือรับรอง	-	✓	ไม่หมดอายุ, ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง		
๓	สำเนาบัตรประชาชนผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล	-	✓	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง		
๔	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล	-	✓	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง		
๕	รูปถ่ายขนาด ๔ x ๓ ซม.	๑ รูป	-	ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี		

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

วันที่.....

หมายเหตุ: ๑. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล, ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล, ผู้ประกอบวิชาชีพ ถ้าเป็นบุคคลเดียวกันให้เขียนหลักฐานที่เข้าเพียง ๑ ชุด  
๒. หากเปลี่ยนชื่อ-สกุล ให้แนบหลักฐาน (สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล, ทะเบียนสมรส รับรองสำเนาถูกต้อง)

នៅក្នុងប្រព័ន្ធដែលមានចំណាំសាស្ត្រជាអ្នករួមទាំងអស់រដ្ឋបាលរាជរដ្ឋបាល និងក្រសួងពីរបៀបរាជរដ្ឋបាល (គណនិក)

- ຍາວ ອອຍ່ງນີ້ອຍ ໂມໂລ ເຫັນພື້ນຖານ
  - ໄສ້ແນ່ນປໍາຢ່າເຫຼື່ຍມື່ນຳເສີມາວ

## ตัวอย่างชื่อสถานพยาบาลประเพณีรับผู้ป่วยไข้ร้างศัน (คลินิก)

ลักษณะ	คำนำหน้าหรือตัวท้ายชื่อสถานพยาบาล	หมายเหตุ
คลินิกการแพทย์แผนไทย	...คลินิกการแพทย์แผนไทย... ...คลินิกการแพทย์แผนไทย (การแพทย์แผนไทยประยุกต์)...	เมือง (การแพทย์แผนไทยประยุกต์) ไม่ต้องคำกว่าสาขা
คลินิกการประกอบโรคศิลปะ	...คลินิกการประกอบโรคศิลปะศิลปะ (... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะประเพณีความเชิดปกติของการสืบความหมาย... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะรักษาโรคพิเศษ... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะรักษาโรคพิเศษเชิงเทคนิค... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะจัดทำยาคลินิก... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะภาษาอุบัตรน์... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน...	...
คลินิกภาษาพำนัດ	...คลินิกภาษาพำนัດ...	
คลินิกเทคนิคการแพทย์	...คลินิกเทคนิคการแพทย์...	
คลินิกทันตกรรม	...คลินิกทันตกรรม...	
คลินิกการพยาบาลและสาธารณสุขครรภ์	...คลินิกการพยาบาลและสาธารณสุขครรภ์...	
คลินิกพะทางด้านทันตกรรม	...คลินิกพะทางด้านทันตกรรม...	
คลินิกเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทย...	...คลินิกเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทย...	(ให้กำหนดตัวศัลยภัณฑ์ต่อว่าด้วย ต้นแขนงครรภ์/ทันตกรรม/การழอยนา...
คลินิกเฉพาะทางด้านการแพทย์บาลีและการพุทธศาสนา	...คลินิกเฉพาะทางด้านการแพทย์บาลีและการพุทธศาสนา...	และการพุทธศาสนาทั้งสองแขนง...
หมายเหตุ ... แทนชื่อเฉพาะของสถานพยาบาล (เขียนหน้าหรือตัวท้ายชื่อสถานพยาบาลและถ้าชื่อสถานพยาบาลเป็นภาษาต่างประเทศ)		ว่าคำว่า “สาขा” หรือไม่ได้

## ตัวอย่างชื่อสถานพยาบาลประเพณีรับผู้ป่วยไ้วิถีทางศีน (คลินิก)

หมายเหตุ	ลักษณะ	คำนำหน้าหรือต่อท้ายชื่อสถานพยาบาล	หมายเหตุ
คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม	คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม	...คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมสาขาประสาทวิทยา...	(ให้กำหนดชื่อว่าคลินิกเฉพาะทางด้วยตัวย
คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม	คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา...	ต้านเวชกรรม/ทันตกรรม/การழบหาด และการดูแลรักษาและต้อท้ายนามสืบ อยู่มืดแล้วจึงเป็นตัวร่วมชี้ช่อง	คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา...

หมายเหตุ ... แนะนำชื่อเฉพาะของสถานพยาบาล (ใช้นำหน้าหรือต่อท้ายลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะของการให้บริการก็ได้)

## ตัวอย่างชื่อสถานพยาบาลประเพณีรับผู้ป่วยไ้วิถีทางศีน (คลินิก)

หมายเหตุ	ลักษณะ	คำนำหน้าหรือต่อท้ายชื่อสถานพยาบาล	หมายเหตุ
โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลทั่วไปของนาเด็ก...	ขนาดเล็ก น้อยกว่า 30 เตียง
หมายเหตุ ... แนะนำชื่อเฉพาะของสถานพยาบาล (ใช้นำหน้าหรือต่อท้ายลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะของการให้บริการก็ได้)	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง...	ขนาดกลาง 31-90 เตียง	ขนาดใหญ่ 91 เตียงขึ้นไป

\* \* \* នៅលើពាណិជ្ជកម្ម 1 និងនៅលើ

\* \* \* ពាណិជ្ជកម្មនៃសាខាគារក្រោម

↑ កិច្ចការណ៍លទ្ធផលរីបរាប់ក្នុងព័ត៌មាន

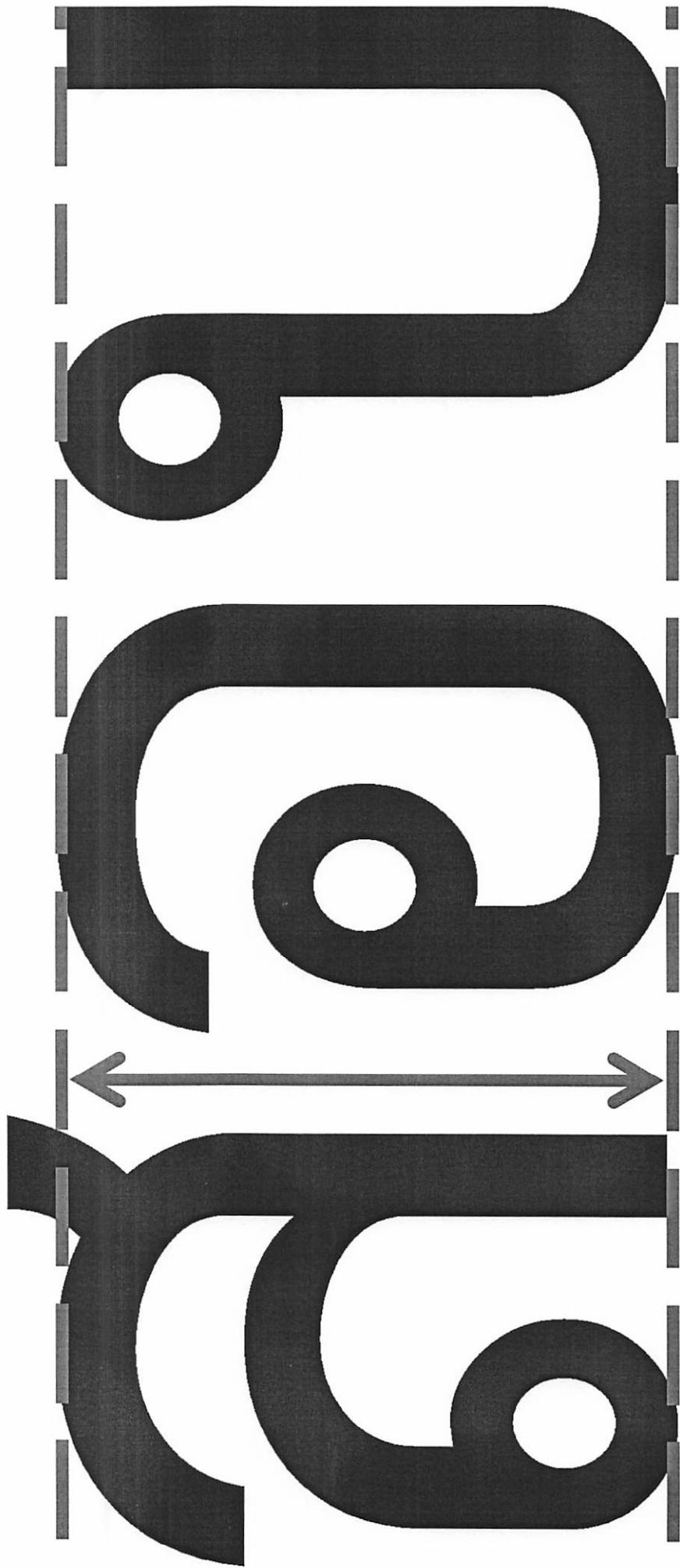
នូវការណ៍លទ្ធផលរីបរាប់ក្នុងព័ត៌មាន

៣. អំពីការណ៍លទ្ធផលរីបរាប់ក្នុងព័ត៌មាន

គំរាយការការណ៍លទ្ធផលរីបរាប់ក្នុងព័ត៌មាន

## សែបការម៉ាបរិការព្រៃត្តិភ្លោះ

\*\*\* ព័វាមកម្មរដ្ឋបន្ទាតទាកេវាសេង  
ឈរយោងអីនូយ 10 លីម៉ែត្រ \*\*\*



(តំណែង)

## ទេព្ទរការកំសុំបន្ទិករក្សា

តំបនិករក្សា	50-300 បាន	បាន	បាន	50-100 បាន
គារបង្កើនកម្រិតបន្ទិករក្សា	50	បាន	100	100
ព្រមទាំងការព័ត៌មានបន្ទិករក្សា	50	បាន	100	100
កំណែអោដគារ	50-300 បាន	បាន	បាន	50-100 បាន

ความยาวป้ายอย่างน้อย 120 ซม.

บล็อกติดตั้งกาวทึบ กาวรูน (ตัวอักษรสูงอย่างน้อย 10 ซม.)  
เคลือบทองตาให้ประกอบกิจการสหงานพยาบาล 661XXXXXXX (ตัวอักษรสูงอย่างน้อย 5 ซม.)

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

## คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยໄວค้างคืน

เขียนที่ ๒๔.๖๗.๗๙๘๙๐.๙๙๖  
๗.๘๙๘๙ ๖๖๐๐๐

วันที่ ๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒

## ๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ ๖๖๐๐๐๑๕๐๑๐๑๕๐ อายุ ๕๓

เลขประจำตัว ๖๖๐๐๐๑๕๐๑๐๑๕๐ สัญชาติ ไทย อายุ ๕๓ ปี

๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว [ ]

และ (๒) ..... เลขประจำตัว [ ]

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ ..... เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ๒ หมู่ที่ ๖ ซอย/ตรอก .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง บางนา อำเภอ/เขต บางนา<sup>ก</sup> จังหวัด นonthaburi รหัสไปรษณีย์ ๖๖๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๘๙-๙๙๕๒๐๙๖  
โทรสาร - ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ -

## ๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยໄວค้างคืน

๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

- คลินิกเวชกรรม
- คลินิกทันตกรรม
- คลินิกเฉพาะทาง  ด้านเวชกรรม  ด้านทันตกรรม  ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกกายภาพบำบัด
- คลินิกเทคนิคการแพทย์
- คลินิกการแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- คลินิกการประกอบโรคศิลปะ  กิจกรรมบำบัด  การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
- เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก  รังสีเทคนิค  จิตวิทยาคลินิก  กายอุปกรณ์
- การแพทย์แผนจีน  อื่นๆ
- สหคลินิก ประกอบด้วย .....

๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย .....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ๒๖.๖ ซอย/ตรอก ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง บางนา อำเภอ/เขต บางนา จังหวัด นonthaburi<sup>ก</sup>  
รหัสไปรษณีย์ ๖๖๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๘๙-๙๙๕๒๐๙๖ โทรสาร -  
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ .....

พร้อมกับคำ ขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานดัง ๆ มาด้วยจำนวน ..... ฉบับ คือ

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล	แผนที่แสดงที่ดินของสถานพยาบาลและลิ่งปูลูกสร้าง
แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล	ในบริเวณใกล้เคียง
สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต	สำเนาบัตรประจำตัว
สำเนาทะเบียนบ้านของที่ดังสถานพยาบาล	
ใบรับรองแพทย์	
สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)	
สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล	
อื่นๆ.....	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือค่าสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษล่าหัน ความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกฤต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) .....  ผู้ยื่นคำขอ  
 (๘๘/๑๐๖๒๙๕๗/๙)

- หมายเหตุ
1. ใช้เครื่องหมาย  ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
  2. กรณีมีอนุมัติให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มีอนุมัติ

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล  
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้วัสดุคืน

## ๑. ลักษณะสถานพยาบาลเป็น

- คลินิกเวชกรรม       คลินิกหันตกรรม  
 คลินิกเฉพาะทาง       ด้านเวชกรรม       ด้านหันตกรรม       ด้านการพยาบาลและการผลิตครรภ์  
 คลินิกการพยาบาลและการผลิตครรภ์  
 คลินิกกายภาพบำบัด  
 คลินิกเทคนิคการแพทย์  
 คลินิกการแพทย์แผนไทย       การแพทย์แผนไทย       การแพทย์แผนไทยประยุกต์  
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ       กิจกรรมบำบัด       การแก้ไขความฝิดปกติของการสื่อความหมาย  
 เทคโนโลยีหัวใจและหลอดเลือด       รังสีเทคนิค       จิตวิทยาคลินิก       การอุปกรณ์  
 การแพทย์แผนจีน       อื่นๆ  
 สมคลินิก ประกอบด้วย .....

## ๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม .....

## ๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

- เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ       เป็นอาคารอยู่อาศัย       เป็นห้องแถว       เป็นตึกแถว  
 เป็นบ้านเดียว       เป็นบ้านแฝด       เป็นอาคารพาณิชย์       ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า  
 อื่นๆ ..... มี..... ชั้น ชุด..... ชั้น

๔. พื้นที่ ..... ๒๕ ตารางเมตร กว้าง ..... ๑๐ เมตร ยาว ..... ๑๕ เมตร สูง ..... ๔ เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ ..... ๑ คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ ..... ๙๘๗๐๗๓๙๘/๙๙๙๙ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... ๘. ๒๒๔๖

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ..... วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

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

อนุมัติ  
 (ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

วันที่ .....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
ลงชื่อ ..... ผู้รับค่าขอ

## คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ 22.6 ๓. แยกบก อ. ลีด  
บ. นราธิวาส ๖๖๐๐

วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒

## ๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ ๘๘/๑๗๙๙๙๙ ๐๘๘

เลขประจำตัว ๖๖๐๐๐๑๕๐๔๐๑๕๐ สัญชาติ ไทย อายุ ๕๓ ปี

๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว [redacted]

และ (๒) ..... เลขประจำตัว [redacted]

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ ..... เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ๒ หมู่ที่ ๖ ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง บ้าน ..... อำเภอ/เขต วังน้ำเขียว

จังหวัด ราชบุรี รหัสไปรษณีย์ ๖๖๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๘๙-๙๙๕๒๐๙๙

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

## ๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

- คลินิกเวชกรรม
- คลินิกทันตกรรม
- คลินิกเฉพาะทาง  ด้านเวชกรรม  ด้านทันตกรรม  ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกกายภาพบำบัด
- คลินิกเทคนิคการแพทย์
- คลินิกการแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- คลินิกการประกอบโรคศิลปะ  กิจกรรมบำบัด  การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
- เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก  รังสีเทคนิค  จิตวิทยาคลินิก  กายอุปกรณ์
- การแพทย์แผนจีน  อื่นๆ
- สมบูรณ์ ประกอบด้วย .....

## บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- ห้องเอกซเรย์
- ห้องไดเกียม
- ห้องผ่าตัด
- ห้องผู้ป่วย
- อื่นๆ .....

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเพกษาที่รับผู้ป่วยไกวัดค้างคืน จำนวน.....เตียง

- โรงพยาบาลทั่วไป     ขนาดเล็ก     ขนาดกลาง     ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะทาง .....  ขนาดเล็ก     ขนาดกลาง     ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลทันตกรรม     ขนาดเล็ก     ขนาดกลาง     ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์     ขนาดเล็ก     ขนาดกลาง     ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลกายภาพบำบัด     ขนาดเล็ก     ขนาดกลาง     ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย     ขนาดเล็ก     ขนาดกลาง     ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย     ขนาดเล็ก     ขนาดกลาง     ขนาดใหญ่

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> อายุรกรรม                               | <input type="checkbox"/> ศัลยกรรม                  | <input type="checkbox"/> สูตินรีเวชกรรม     | <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม    |
| <input type="checkbox"/> แผนกเทคนิคการแพทย์                      | <input type="checkbox"/> แผนกอโรมปิดิกส์           | <input type="checkbox"/> แผนกโรคผิวหนัง     | <input type="checkbox"/> แผนกการผสมเทียน |
| <input type="checkbox"/> แผนกกายภาพบำบัด                         | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทย        | <input type="checkbox"/> แผนกโภชนาการ       | <input type="checkbox"/> แผนกซักฟอก      |
| <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยหนัก                           | <input type="checkbox"/> ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก  | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัดเล็ก     | <input type="checkbox"/> ห้องให้การรักษา |
| <input type="checkbox"/> ห้องทำการหลังคลอด                       | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ    | <input type="checkbox"/> ห้องไดทีเรียม      | <input type="checkbox"/> ห้องทันตกรรม    |
| <input type="checkbox"/> รังสีนิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์              | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปิดหัวใจ        | <input type="checkbox"/> การสวนหัวใจ        | <input type="checkbox"/> รังสีบำบัด      |
| <input type="checkbox"/> การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า | <input type="checkbox"/> การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ |   |  |
| <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์              | <input type="checkbox"/> แผนกการนวด                | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนจีน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....     |
| <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์              |  |   |  |

๓.วัน/เวลาที่ขอนุมัติประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) *๑๗.๐๐ - ๒๐.๓๐ น. ๑๗.๐๖ - ๑๙.๓๐ น.*

๑๗.๐๐ - ๒๐.๓๐ น. ๑๗.๐๖ - ๑๙.๓๐ น.

ณ สถานพยาบาลชื่อ *โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*

ตั้งอยู่เลขที่ *๒* หมู่ที่ *๖* ซอย/ตรอก ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง *บางนา* อำเภอ/เขต *วัฒนา* จังหวัด *กรุงเทพมหานคร* รหัสไปรษณีย์ *๑๑๕๐๐* โทรศัพท์ *๐๘๑-๙๙๕-๒๐๙๔*  
โทรสาร ..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ .....

พร้อมกับค่าขออนุมัติข้าพเจ้าได้แนบทหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน .....

สำเนาบัตรประจำตัว

หนังสือแสดงความจันทร์เป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖  
พร้อมสำเนา ในอนุมัติประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน  
และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบวิชาชีพ

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อนุมัติ

สำเนาทะเบียนบ้านของที่ดังสถานพยาบาล

ใบรับรองแพทย์

สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

สำเนาบุตรบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)

หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)

แผนที่แสดงที่ดังสถานพยาบาลและลิ้งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้

(ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล

(ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง

(ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร

(ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร

(จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร

(ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร

(ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
- (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ตัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
- (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบล่วงตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพลิ่งเวดล้อม อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโภยจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโภยสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกฤติ คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

- หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ  
 2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

หนังสือแสดงความจำนำเป็นผู้ปฏิบัติงาน  
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่ ๒๒๖๗ ถนน๑๐๐๐๐ ๘๙๐๖  
จ.นนทบุรี ๖๖๐๐๐

วันที่ ๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า ๒๒๖/๑๐๐๐๐๘๘๘๘  
เลขประจำตัว ๖๖๐๐๐๑๕๐๔๐๑๕๐

อายุ ๕๓ ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะ ๑๕๕๖๙

เลขที่บ้านเลขที่ ๒๒๖ ออกให้วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙

ได้รับ  หนังสืออนุมัติ  รับรองแสดงความรู้ความชำนาญ ๑ - ออกให้วันที่ -

อยู่บ้านเลขที่ ๒๒๖ ซอย/ตรอก - ถนน - ตำบล/แขวง ๙๔๙๙

อำเภอ/เขต ๗๖๖ จังหวัด ๗๖๖๘ รหัสไปรษณีย์ ๖๖๐๐๐

โทรศัพท์ ๐๘๙-๙๙๕๒๐๙๗ โทรสาร - ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ -

ปัจจุบันข้าพเจ้า

ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

รับราชการ หรือเป็นผู้ดูแลในการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ)

๙๙๙. ๙๙๙๙๙๙๙ ๙.๙๙๙๙๙๙๙ ๑๐๙ > ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐

)

ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน

เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล -

อำเภอ/เขต - จังหวัด - มา ก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

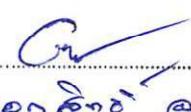
ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล -

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้ -

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานดัง ๆ มาด้วย ดัง

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว  | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน                                |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ                      | <input type="checkbox"/> สำเนาผู้ดูแล หรือหนังสืออนุมัติจากสถาบันวิชาชีพ |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่ายขนาด ๕ x ๗ ซม.ติดเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป |  |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ -   |  |

(ลายมือชื่อ)  ผู้แสดงความจำนำ

(๒๒๖/๑๐๐๐๘๘๘๘๘๘)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

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

- คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล  
 คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ ๒๔๖๗ ถนนอ.เมือง  
๙๗๙๒ ๖๖๐๐

วันที่ ๑ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

๑. ข้าพเจ้า ๒๔๖๗ ถนนอ.เมือง

เลขประจำตัว ๖๖๐๐๐๑๕๐๔๐๑๕๐

อายุ ๕๓ ปี สัญชาติ ไทย อายุบ้านเลขที่ ๒ หมู่ที่ ๖ ซอย/ตรอก -  
ถนน ตำบล/แขวง วังน้ำเขียว อำเภอ/เขต วังน้ำเขียว จังหวัด กรุงเทพมหานคร  
รหัสไปรษณีย์ ๖๖๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๘๙-๙๙๕๒๐๙๗ โทรสาร - ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ -  
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ๑๒๓๔๕๖๗

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ๒. ๒๒๑๖ ออกให้ ณ วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๙

ภูมิบัตร  หนังสืออนุมัติ  หนังสือรับรอง สาขา

ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน - เดียว  
วัน/เวลาทำการ ๙.๐๐ - ๑๗.๐๐ - ๒๐.๓๐ ๕.๖๐ - ๑๒.๐๐ เพื่อ  ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่

ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก  ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป  
ลักษณะสถานพยาบาล คลินิก ณ สถานพยาบาล ชื่อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนน  
ตั้งอยู่เลขที่ ๒ หมู่ที่ ๖ ซอย/ตรอก - ถนน  
ตำบล/แขวง วังน้ำเขียว อำเภอ/เขต วังน้ำเขียว จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ ๖๖๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐๘๙-๙๙๕๒๐๙๗ โทรสาร - ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ -

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ - ลักษณะของสถานพยาบาล -  
ณ สถานพยาบาลชื่อ - ที่ตั้ง - เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล -  
วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล -  
 เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้  
(ชื่อเจ้าหน้าที่ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

๙.๖๐๐๐๐ ๒. ๖๖๐๐๐๑๕๐ ๑๗๗ ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ ๘.

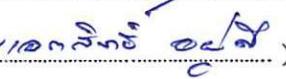
พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานดัง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว  | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน   | <input type="checkbox"/> สำเนาบุคคลบัตร หรือหนังสืออนุญาต หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  | <input type="checkbox"/> ในอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล                      |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)                                    |  |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี |  |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๔ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี  |  |

ข้าพเจ้ายอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำรงการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำรงการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๙
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) .....  ผู้ยื่นคำขอ

(...../...../.....) 

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) .....  ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(...../...../.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง □ หากข้อความที่ต้องการ

## หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (เจ้าของอาคาร) ..... อายุ ..... ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ .....  
จังหวัด ..... เป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ในบ้านเลขที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ .....  
ตำบล ..... : อำเภอ ..... สังฆrück .....  
.....

ขอทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้(ผู้ขอประกอบการ)  
อายุ ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... ใช้สถานที่ตามสถานที่ดังกล่าวข้างต้น ในการประกอบกิจการ  
.....

ได้ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ..... เป็นต้นไป จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ขอรับรองว่าหนังสือฉบับนี้ได้ทำขึ้นโดยถูกต้องตามความเป็นจริง ทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ให้คำยินยอม  
( ..... ) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอประกอบการ  
( ..... ) ตัวบรรจง

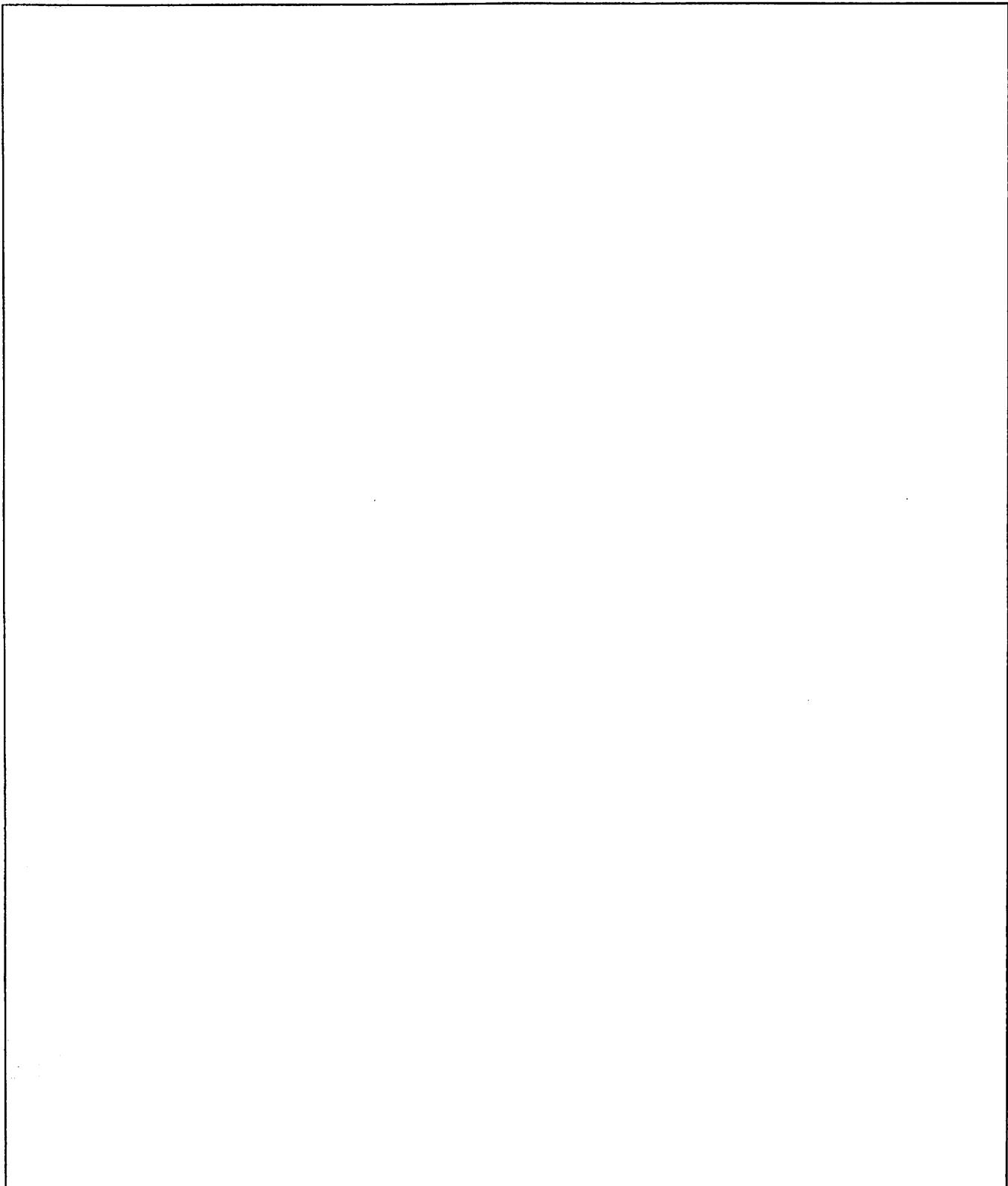
(ลงชื่อ) ..... พยาน  
( ..... ) ตัวบรรจง

หมายเหตุ ให้แนบเอกสารดังนี้ประกอบด้วย พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้คำยินยอม / เจ้าของบ้าน
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ให้คำยินยอม / เจ้าของบ้าน

หากมีสัญญาเช่าร้าน ให้ถ่ายสำเนาสัญญาเช่าพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแทนหนังสือนี้

แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาล โดยสังเขป

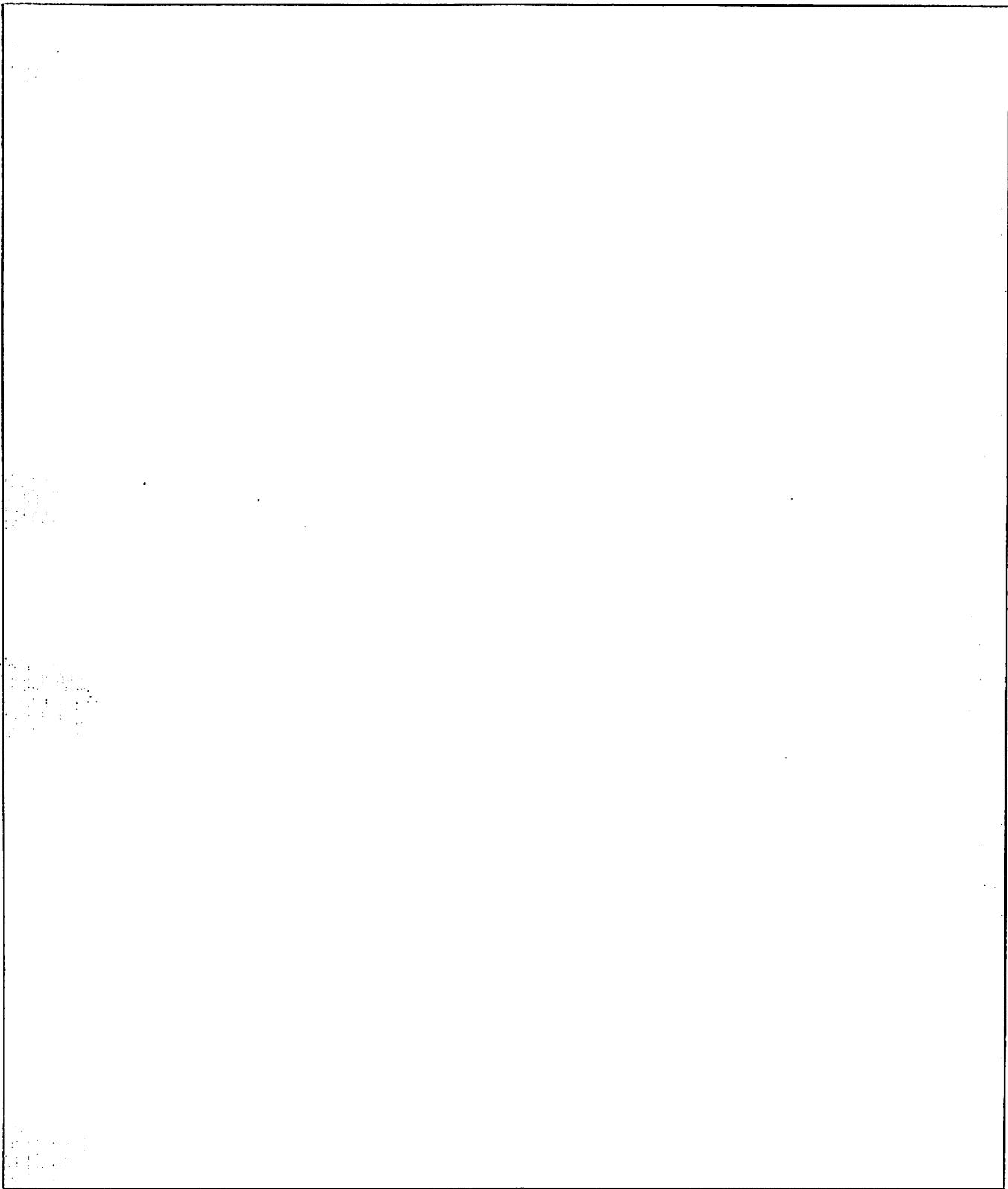


หมายเหตุ : ให้ระบุสถานที่ที่สำคัญใกล้เคียงกับสถานพยาบาลที่ขอนถูญ่าต ซึ่งสามารถสังเกตได้ชัดเจน เช่น ธนาคาร  
สถานีตำรวจนครบาล โรงเรียน ฯลฯ

ลายมือชื่อ.....

(.....)

แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล



หมายเหตุ : ให้แสดงลักษณะภายในสถานพยาบาล โดยระบุห้องต่าง ๆ และตำแหน่งที่ตั้งอุปกรณ์ เครื่องมือ ฯลฯ

ลายมือชื่อ.....

(.....)

ภาพถ่ายภายในคลินิกพอสังเขป

ภาพถ่ายแสดงป้ายชื่อสถานพยาบาล

ภาพถ่ายแสดงใบประกอบวิชาชีพ

ภาพถ่ายแสดงวัน เวลาที่ให้บริการ

# ภาพถ่ายภายในคลินิกพอสังเขป

ภาพถ่ายแสดงอัตราค่าบริการ และป้ายแสดงสอบถามค่าบริการ

ภาพถ่ายแสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วย

ภาพถ่ายแสดงเวชระเบียน

# ภาพถ่ายภายในคลินิกพอสังเขป

ภาพถ่ายแสดงเตียงตรวจโรค

ภาพถ่ายแสดงห้ามสูบบุหรี่

ภาพถ่ายแสดงเครื่องดับเพลิง

ภาพถ่ายภายในคลินิกพอสังเขป

ภาพถ่ายแสดงถังขยะติดเชื้อ / ถังขยะทั่วไป

ภาพถ่ายแสดงห้องน้ำชาย / หญิง

ภาพถ่ายแสดงเครื่องซั่งน้ำหนัก / ที่วัดส่วนสูง

# ภาพถ่ายภายในคลินิกพอสังเขป

ภาพถ่ายแสดงตุ๊ยีน

ภาพถ่ายแสดงตุ๊เก็บเวชภัณฑ์ยา

ภาพถ่ายแสดงอ่างล้างมือ