

คู่มือการปฏิบัติงาน : การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการงาน การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๓. ประเภทของงานบริการ กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง

๑. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๒. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙

๓. กฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙

๖. ระดับผลกระทบ บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ ส่วนภูมิภาค

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา, ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ

๖๗ วันทำการ ตามระยะเวลาในคู่มือสำหรับประชาชน (ไม่มีกำหนดระยะเวลาไว้ตามกฎหมาย)

๙. ข้อมูลสถิติ -

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน (สำเนาคู่มือประชาชน) การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ผู้รับบริการติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ๖๖๐๐๐

เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๔ ต่อ ๑๐๖, ๑๒๐

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (พักเที่ยง ๑๒.๐๐-๑๓.๐๐น.)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

๑๒.๑ หลักเกณฑ์

๑๒.๑.๑ ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอการออกใบอนุญาต และการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทใดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา๑๖)

๑๒.๑.๒ ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอและการออกใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา ๒๔)

๑๒.๒ เงื่อนไข

๒.๑ การนับระยะเวลา ๖๗ วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่อง ไม่สมบูรณ์/เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒.๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก่ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

๑๒.๓ วิธีการ

๑. ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตได้จัดให้มีกรณีดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว มีแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติแล้วตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
๒. มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา ๑๔
๓. มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาลนั้นตามชนิดและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง
๔. มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง
๕. ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๑๒.๔ คุณสมบัติผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๑. มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
 ๒. มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
 ๓. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
 ๔. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
 ๕. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
 ๖. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือน ไร้ความสามารถ
- ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคล นั้นต้องมีคุณสมบัติตามคุณสมบัติข้างต้น

๑๒.๕ คุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๑. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ
๒. ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
กรณีที่เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้
๓. เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว ไม่นับระยะเวลารอคอยตรวจสอบสถานที่ และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๑ วันทำการนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน/รับคำขอและรับเอกสารแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล/นัดตรวจสถานที่ (ตรวจสอบผู้ขออนุมัติแผนการจัดตั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๗ สถานที่เป็นไปตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๔ วรรคสอง และมีผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายกระทรวง ๑๘(๔)	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร (คปส. สสจ.พิจิตร)	-
๒)	การพิจารณา	๑.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ๒.พนักงานเจ้าหน้าที่นัดตรวจสถานที่ ๓.พนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่ ๔.สรุปผล/ให้แก้ไขปรับปรุง ๕.เสนอคณะกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนพิจารณาเห็นชอบการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล ๖.คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลพิจารณาอนุมัติการอนุญาตการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล	๖๐ วันทำการ	คปส. สสจ.พิจิตร	-
๓)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล	๕ วันทำการ	คปส. สสจ.พิจิตร	-
๔)	การแจ้งผลพิจารณา	แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาต	๑ วันทำการ	คปส. สสจ.พิจิตร	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๖๗ วันทำการ

๑๔.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและสำเนาบัตร ประชาชนผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรอง สำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิ์ลง นามทุกคน
๒)	หนังสือเดินทาง	กองตรวจลงตรา และเอกสาร เดินทางคนต่างด้าว	๐	๑	ฉบับ	กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง
๓)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	กรณีการเปลี่ยนชื่อหรือสกุล ลง นามรับรองสำเนาถูกต้อง
๔)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	๐	๑	ฉบับ	กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง
๕)	ทะเบียนสมรส	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	กรณีมีการสมรสหรือมีการ เปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม ให้ลง นามรับรองสำเนาถูกต้อง

๑๕.๒) เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	คำขออนุมัติแผนงานการ จัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ ค้างคืน (แบบ ส.พ.๑)	สํ ำ นั ก ง ำ น สาธารณสุขจังหวัด พิจิตร	๑	๐	ฉบับ	-
๒)	แผนงานการจัดตั้ง สถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.๒)	สํ ำ นั ก ง ำ น สาธารณสุขจังหวัด พิจิตร	๑	๐	ฉบับ	-

/๓) คำขออนุญาต ...

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๓)	คำขออนุญาตให้ประกอบ กิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๕)	สํ ำ นั ก ง ำ น สาธารณสุขจังหวัด พิจิตร	๑	๐	ฉบับ	-
๔)	หนังสือแสดงเจตจำนงเป็น ป ฎิ บั ตี ง ำ น ใน สถานพยาบาลของผู้ ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ.๖)	สํ ำ นั ก ง ำ น สาธารณสุขจังหวัด พิจิตร	๑	๐	ฉบับ	กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องลงนามต่อหน้า พนักงานเจ้าหน้าที่
๕)	คำขอรับใบอนุญาตให้ ดำเนินการสถานพยาบาล /คำขออนุญาตเปลี่ยนตัว ผู้ ดำ เนิ น ก ำ ร สถานพยาบาล (แบบ ส.พ. ๑๘)	สํ ำ นั ก ง ำ น สาธารณสุขจังหวัด พิจิตร	๑	๐	ฉบับ	กรณีเป็นผู้ดำเนินการ ต้องลงนามต่อหน้า พนักงานเจ้าหน้าที่
๖)	ทะเบียนบ้าน (ผู้ขอประกอบกิจการ และ ผู้ดำเนินการ)	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	กรณีมอบอำนาจ ต้องมี หนังสือรับมอบอำนาจ และสำเนาทะเบียนบ้าน ผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตร ทะเบียนบ้าน ผู้มีสิทธิ์ ลงนามทุกคน
๗)	ใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพ/ประกอบการ ประกอบโรคศิลปะ	-	๐	๑	ฉบับ	หากเป็นเฉพาะทาง ต้องลงนามสำเนา ถูกต้องใบอนุญาตบัตร/ อนุบัตร
๘)	ใบรับรองแพทย์ผู้ขอ ประกอบกิจการและ ผู้ดำเนินการ	-	๑	๐	ฉบับ	ใบรับรองแพทย์ไม่เป็น โรคต้องห้าม และไม่เกิน ๖ เดือนนับแต่วันยื่นคำ ขอ
๙)	รูปถ่าย ขนาด ๒.๕x๓ ซม. ๒ รูป	-	๑	๐	ฉบับ	-
๑๐)	รูปถ่าย ขนาด ๘ x๑๓ ซม. ๑ รูป	-	๑	๐	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑๑)	แผนผังในสถานพยาบาล	-	๑	๐	ฉบับ	ต้องแสดงภาพถ่ายห้อง ตรวจโรคและอุปกรณ์ ภายในห้องทุกห้อง ประกอบว่าเสร็จ เรียบร้อยแล้ว
๑๒)	แผนที่แสดงที่ตั้ง สถานพยาบาลต้องชัดเจน	-	๑	๐	ฉบับ	ต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียง โดยให้มีจุดสังเกตที่สำคัญ
๑๓)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน)	-	๐	๑	ฉบับ	หากไม่ใช่เจ้าของ กรรมสิทธิ์ ต้องมี เอกสารดังนี้ ๑.สัญญาเช่า ๒.สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ให้เช่า ๓.รับรองสำเนาถูกต้อง
๑๔)	ทะเบียนบ้านที่ตั้ง สถานพยาบาล	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
๑๕)	สำเนาหนังสือรับรองการ จดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทน นิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอ เป็นนิติบุคคล)	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
๑๖)	๑.มีการเก็บและกำจัดขยะ ติดเชื้อ โดยมีหนังสือตอบ รับจากหน่วยงานที่กำจัด ขยะ หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ๒.ต้องมีเอกสาร/หนังสือ รับการตรวจสอบ เครื่องเอกซเรย์ ในกรณีที่มี เครื่องเอกซเรย์ ๓.ต้องได้รับความยินยอม ให้ใช้ชื่อสถานพยาบาล จากผู้ได้รับใบอนุญาตก่อน	-	๐	๑	ฉบับ	เอกสารอื่นๆ มี ๖ ข้อ หากเป็นสำเนาต้องลง นามรับรองสำเนา ถูกต้อง

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	หากชื่อสถานพยาบาลใน เขตเดียวกันมีชื่อซ้ำกัน ๔.แสดงอัตราค่าบริการ และค่ารักษาพยาบาลให้ ครอบคลุมลักษณะการ ให้บริการ ๕.หนังสือประสานงาน โรงพยาบาลที่จะส่งต่อและ โรงพยาบาลที่จะส่งต่อ ๖.มีแผนแสดงระบบการ ควบคุมทำความสะอาด เครื่องมือเครื่องใช้ในคลินิก ที่เหมาะสม					
๑๗)	หากมีเครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องมือแพทย์ ต้องมี เอกสารรับรองจาก อย.	สำนักงาน คณะกรรมการ อาหารและยา	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง

๑๖. ค่าธรรมเนียม

๑. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ค่าธรรมเนียม ๑,๐๐๐ บาท

๒. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ค่าธรรมเนียม ๒๕๐ บาท

หมายเหตุ : ชำระค่าธรรมเนียมที่ฝ่ายการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตั้งแต่เวลา ๘:๓๐-๑๕:๓๐ น.
โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการชำระค่าธรรมเนียม ๓๐ นาที

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑. ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ๖๖๐๐๐

หรือเบอร์โทรศัพท์ ๐ ๕๖๔๔ ๐๓๕๔ ต่อ ๑๐๖, ๑๒๐ หรือ E-mail : fdapv๖๖@fda.moph.go.th

๒. สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓. กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
๑๑๐๐๐

๔. ไปรษณีย์ : สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
๕. ไปรษณีย์ : กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑. คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.๑)
๒. แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.๒)
๓. คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๕)
๔. หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ.๖)
๕. คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล/คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๘)

แผนผังแสดงการดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชนกระบวนการขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ พร้อมให้แบบคำขอฯ และแบบตรวจมาตรฐานฯ แก่ผู้ขอรับอนุญาต

