

เอกสารประกอบการพิจารณา : การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก (เปิดคลินิก)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มคำขออนุญาต

ลำดับ	รายการเอกสาร	เงื่อนไข	มี
1	คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1)	ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ	<input type="checkbox"/>
2	แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2)	ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ	<input type="checkbox"/>
3	คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.5)	ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ	<input type="checkbox"/>
4	หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6)	ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการ	<input type="checkbox"/>
5	คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาตเปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ18)	ผู้ข้อมูลขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการ	<input type="checkbox"/>

เอกสารประกอบการขออนุญาต

ลำดับ	รายการเอกสาร	ตัวจริง	สำเนา	เงื่อนไข	มี
เอกสารของผู้ประกอบกิจการ					
1	หนังสือรับรองนิติบุคคล	0	1	(กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาถูกต้องและประทับตราบริษัททุกหน้า)	<input type="checkbox"/>
2	บัตรประจำตัวประชาชน กรณี มีการเปลี่ยนแปลงชื่อสกุล -ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนสกุล -ทะเบียนสมรส	0	1	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจ:แบบ สำเนาบัตรประชาชนและ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ	<input type="checkbox"/>
3	หนังสือเดินทาง (passport)	1	1	(กรณีเป็นชาวต่างชาติ รับรองสำเนาถูกต้อง)	<input type="checkbox"/>
4	สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีเป็นชาวต่างชาติ ให้แบบ work permit)	0	1	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจ:แบบ สำเนาบัตรประชาชนและ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ	<input type="checkbox"/>
5	ใบรับรองแพทย์ (ประทับตราสถานพยาบาล)	1	0	(ใบรับรองแพทย์ไม่เป็นโรค ต้องห้ามและไม่เกิน 6 เดือนนับแต่วันยื่นคำขอ)	<input type="checkbox"/>
6	แผนผังภายในสถานพยาบาล	1	0	(แสดงรายละเอียดภายในคลินิก)	<input type="checkbox"/>
7	แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลต้องชัดเจน	1	0	(ต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียง เป็นภาษาไทยโดยให้มีจุดสังเกตที่สำคัญ)	<input type="checkbox"/>

ลำดับ	รายการเอกสาร	ตัวจริง	สำเนา	เงื่อนไข	มี
8	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน)	0	1	(หากไม่ใช่เจ้าของกรรมสิทธิ์ ต้องมีเอกสารดังนี้ 1.สัญญาเช่า 2.สำเนามัตตราประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า 3.หากทำสัญญาเช่ากับบริษัท ให้แนบหนังสือรับรองบริษัท 4.รับรองสำเนาถูกต้อง)	<input type="checkbox"/>
9	สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล	0	1	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	<input type="checkbox"/>
10	1.มีการเก็บและกำจัดขยะ ติดเชื้อ โดยมีหนังสือตอบรับจากหน่วยงาน ที่กำจัดขยะ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กรุงเทพมหานคร) 2.แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมลักษณะให้บริการ 3.แผนผังการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน (แสดงชื่อโรงพยาบาลใกล้เคียง และเบอร์โทรศัพท์) 4.มีแผนแสดงระบบการควบคุมทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ในคลินิกที่เหมาะสม (เขียนอธิบาย) 5.ต้องมีเอกสาร/หนังสือรับการตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ ในกรณีที่มีเครื่องเอกซเรย์ หรือใบเสร็จรับเงิน 6.ต้องได้รับความยินยอมให้ใช้ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ได้รับใบอนุญาตก่อน หากชื่อสถานพยาบาลในเขตเดียวกันมีชื่อซ้ำกัน	0	1	(1.ดาวโหลดแบบฟอร์มและติดต่อ โทร 02-1683368 2.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
เอกสารของผู้ดำเนินการ					
6	บัตรประจำตัวประชาชน กรณี มีการเปลี่ยนแปลงชื่อสกุล -ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนสกุล -ทะเบียนสมรส	0	1	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	<input type="checkbox"/>
7	สำเนาทะเบียนบ้าน	0	1	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	<input type="checkbox"/>
8	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบการประกอบโรคศิลปะ	0	1	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) (หากเป็นเฉพาะทาง ต้องลงนามสำเนาถูกต้องใบอนุมัติบัตร/อนุมัติ)	<input type="checkbox"/>
9	ใบรับรองแพทย์ (ประทับตราสถานพยาบาล)	1	0	(ใบรับรองแพทย์ไม่เป็นโรคต้องห้ามและไม่เกิน 6 เดือนนับแต่วันยื่นคำขอ)	<input type="checkbox"/>
10	รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว 3 รูป	1	0	(ภาพถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)	<input type="checkbox"/>
11	รูปถ่ายขนาด 8 x13 ซม 1 รูป (โปสการ์ด)	1	0	(ภาพถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)	<input type="checkbox"/>