

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง การกำหนดแบบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบกิจการ
สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ และตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ
ในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
(ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดแบบหลักเกณฑ์
และเงื่อนไขตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ และตามกฎหมายว่า
ด้วยวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติ
สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ให้สอดคล้องกับการกำหนดประเภทและลักษณะของสถานพยาบาล
ตามกฎหมายว่าด้วยลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะของการให้บริการของสถานพยาบาล
พ.ศ. ๒๕๕๘

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๓ ข้อ ๕ และข้อ ๑๑ แห่งกฎหมายว่าด้วยการประกอบกิจการ
สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ และข้อ ๓ แห่งกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ
ในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้บัญชาการ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดแบบหลักเกณฑ์
และเงื่อนไขตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ และตามกฎหมายว่า
ด้วยวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติ
สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกแบบ ส.พ. ๑ แบบ ส.พ. ๒ แบบ ส.พ. ๓ แบบ ส.พ. ๔ แบบ ส.พ. ๕
และแบบ ส.พ. ๖ ท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดแบบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตาม
กฎหมายว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ และตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพ
และจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล
พ.ศ. ๒๕๔๑ และให้ใช้แบบ ส.พ. ๑ แบบ ส.พ. ๒ แบบ ส.พ. ๓ แบบ ส.พ. ๔ แบบ ส.พ. ๕
และแบบ ส.พ. ๖ ท้ายประกาศนี้แทน

ประกาศ ณ วันที่ ๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘

วิศิษฐ์ ตั้งนภากร

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

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

 สัญชาติ อายุ ปี

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

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

และ (๒) เลขประจำตัว

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

เป็นนิตินบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

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 อื่น ๆ

สหคลินิก ประกอบด้วย

๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ซอย/ตรอก

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำ ขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล | <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง |
| <input type="checkbox"/> แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล | ในบริเวณใกล้เคียง |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล | |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) | |
| <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หมายเหตุ

1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑. ลักษณะสถานพยาบาลเป็น

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

๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

- เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ เป็นอาคารอยู่อาศัย เป็นห้องแถว เป็นตึกแถว
- เป็นบ้านแถว เป็นบ้านแฝด เป็นอาคารพาณิชย์ ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า
- อื่น ๆ มี.....คูหา.....ชั้น

๔. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ผู้อนุญาต

วันที่.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

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

 สัญชาติ อายุ ปี

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

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

และ (๒) เลขประจำตัว

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

เป็นนิตินบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

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

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

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

๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ซอย/ตรอก ถนน.....

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
- แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
- แบบแปลน ประกอบด้วย แบบร่างทางสถาปัตยกรรม ผังหลัก และผังบริเวณของสถานพยาบาลที่จะก่อสร้าง
- ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ตัดแปลงอาคาร หรือรื้อถอนอาคาร
- สำเนาหนังสือขอความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- สำเนาบัตรประจำตัว
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
- สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

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

**แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน**

๑. สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

- 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

๒. ขนาดสถานพยาบาล เตียง

๓. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

๔. ลักษณะอาคารสถานพยาบาล

- เป็นอาคารสถานพยาบาลสร้างใหม่ เป็นอาคารดัดแปลงจากอาคารเดิม อื่น ๆ

๕. การเงินโดยประมาณ

งบลงทุนบาท แหล่งลงทุนจาก

- ส่วนตัว เปอร์เซ็นต์ สถาบันการเงินในประเทศ เปอร์เซ็นต์
- สถาบันการเงินต่างประเทศ เปอร์เซ็นต์ หุ้น.....เปอร์เซ็นต์

๖. พื้นที่บริการครอบคลุม

๖.๑ ในเขตท้องที่การปกครองของกระทรวงมหาดไทย (อำเภอ/เขต จังหวัด) ได้แก่

.....

.....

๖.๒ จำนวนประชากรภายในเขตรัศมี ๕ กิโลเมตร โดยรอบสถานพยาบาล มีประมาณ.....คน

๗. สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ในพื้นที่บริการ

(๑) สถานพยาบาลของรัฐ แห่ง มีบริการ

- ผู้ป่วยใน เตียง ห้องผ่าตัด ห้อง เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่อง
- เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่อง เครื่องสลายนิ่ว เครื่อง
- เครื่องล้างไต เครื่อง อื่น ๆ เช่น

(๒) สถานพยาบาลเอกชน แห่ง มีบริการ

- ผู้ป่วยใน เตียง ห้องผ่าตัด ห้อง เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่อง
- เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่อง เครื่องสลายนิ่ว เครื่อง
- เครื่องล้างไต เครื่อง
- อื่น ๆ เช่น

๘. ปัญหาการบริการรักษาพยาบาลในพื้นที่ที่ครอบคลุม ซึ่งเป็นเหตุให้สมควรลงทุน คือ

.....

.....

.....

.....

๙. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพที่จะมาปฏิบัติงาน

๙.๑ แพทย์ คน

๙.๒ พยาบาล คน

๙.๓ ทันตแพทย์ คน

๙.๔ เภสัชกรคน

๙.๕ นักกายภาพบำบัด คน

๙.๖ นักเทคนิคการแพทย์ คน

๙.๗ แพทย์แผนไทย คน

- เวชกรรมไทย คน

- เภสัชกรรมไทย คน

- แพทย์แผนไทยประยุกต์ คน

- การผดุงครรภ์ไทย..... คน

- การนวดไทย คน

- การแพทย์พื้นบ้านไทย.....คน

๙.๘ ผู้ประกอบโรคศิลปะ

(๑) กิจกรรมบำบัด คน

(๒) การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย คน

(๓) เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก คน

(๔) รังสีเทคนิค คน

(๕) จิตวิทยาคลินิกอก คน

(๖) กายอุปกรณ์..... คน

(๗) การแพทย์แผนจีน..... คน

(๘) อื่น ๆ.....

๑๐. ผู้ประกอบวิชาชีพที่จะมาปฏิบัติงานในตำแหน่งที่สำคัญ (โปรดเขียน ชื่อ-สกุล ถ้าสามารถระบุได้)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล อื่น ๆ

๑๑. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล มีระยะเวลา.....ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับ
อนุมัติแผนการจัดตั้งสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ผู้อนุญาต

วันที่.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

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

 สัญชาติ อายุ ปี ๑.๒ นิตินิติบุคคล.....โดย (๑) เลขประจำตัว

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

และ (๒) เลขประจำตัว

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

เป็นนิติบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

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 สหคลินิก ประกอบด้วย

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

 ห้องเอกซเรย์ ห้องไตเทียม ห้องผ่าตัด ห้องฝังเข็ม อื่นๆ

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 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"/> สูติรีเวชกรรม | <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม |
| <input type="checkbox"/> แผนกเทคนิคการแพทย์ | <input type="checkbox"/> แผนกออโรโธปิดิกส์ | <input type="checkbox"/> แผนกโรคผิวหนัง | <input type="checkbox"/> แผนกการผสมเทียม |
| <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"/> ห้องทารกหลังคลอด | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ | <input type="checkbox"/> ห้องไตเทียม | <input type="checkbox"/> ห้องทันตกรรม |
| <input type="checkbox"/> รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปิดหัวใจ | <input type="checkbox"/> การสวนหัวใจ | <input type="checkbox"/> รังสีบำบัด |
| <input type="checkbox"/> การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า | <input type="checkbox"/> การสลายนิ้วด้วยเครื่องมือ | <input type="checkbox"/> ห้องเก็บศพ | |
| <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ | <input type="checkbox"/> แผนกการนวด | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนจีน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

๓. วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ)

ณ สถานพยาบาลชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว | <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ พร้อมสำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อนุญาต | |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล | |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> สำเนาโฉมบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี) | <input type="checkbox"/> หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) | |
| <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง | |
| <input type="checkbox"/> เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้ | |
| (ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล | |
| (ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง | |
| (ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร | |
| (ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร | |
| (จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร | |
| (ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร | |
| (ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย | |

- กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีการเพิ่มเติมดังนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
- (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ตัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
- (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

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

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าเลขประจำตัว

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

อายุ ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่

ได้รับ หนังสืออนุมัติ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

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

ปัจจุบันข้าพเจ้า

 ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต จังหวัด มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

 สำเนาบัตรประจำตัว สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ