



ที่ สธ ๐๗๐๒.๐๘/ ๒๗๐๓

สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง แจ้งเตือนในกรณีขาดอายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เรียน ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

อ้างถึง หนังสือสำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะที่ สธ ๐๗๐๒.๐๖/๒๑๑๗
ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ได้แจ้งให้ผู้รับอนุญาตมาชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๖๑ หรือกรณีใบอนุญาตขาดอายุให้ผู้รับอนุญาตยื่นคำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือผู้ดำเนินการยื่นคำขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล แล้วแต่กรณี ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น บัดนี้ได้ล่วงเลยกำหนดเวลาดังกล่าวมาแล้ว สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะจึงขอแจ้งเตือนให้ท่านดำเนินการดังนี้

๑. ท่านยังมีได้ชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการประจำปี จนถึงปัจจุบัน ขอให้ท่านหรือผู้แทนมาติดต่อที่สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ในเวลาราชการ โดยมีหลักฐานและค่าใช้จ่าย ดังนี้

- ๑.๑ เงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการประจำปีละ จำนวน ๕๐๐ บาท
- ๑.๒ เงินเพิ่มตามมาตรา ๒๐ ในอัตราร้อยละห้าต่อเดือน (เดือนละ ๒๕ บาท)
- ๑.๓ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ๑.๔ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๗) ฉบับจริง
- ๑.๕ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๑๙) ฉบับจริง
- ๑.๖ หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (สพ.๑๗)

๒. หากท่านต้องการประกอบกิจการสถานพยาบาล ท่านหรือผู้แทนมาติดต่อที่สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ โดยมีหลักฐานดังนี้

- ๒.๑ คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สพ.๑)
- ๒.๒ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สพ.๒)
- ๒.๓ คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๓)
- ๒.๔ ใบคำขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.๑๘)
- ๒.๕ หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงาน (สพ.๖)

และท่านสามารถพิมพ์แบบฟอร์มจากInternet www.mrd.go.th หรือติดต่อมาที่สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะตามหมายเลขโทรศัพท์ท้ายหนังสือนี้เพื่อให้จัดส่งแบบฟอร์มให้ท่าน

/อนึ่ง ...

อนึ่งหากท่านไม่ได้ดำเนินการให้แล้วเสร็จ หากยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับและศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๑) ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ หลังจากพ้นกำหนดหกเดือนนับจากวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ จะได้ดำเนินการตามมาตรา ๔๙ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๑ ต่อไป ในกรณีที่ท่านได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้นเรียบร้อยแล้วแต่ยังได้รับหนังสือแจ้งฉบับนี้ต้องขอภัยมา ณ โอกาสนี้ และโปรดแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทางโทรศัพท์หรือโทรสารตามหมายเลขท้ายหนังสือนี้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

๒-

(นางนลินา ตันตินิรามย์)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

กลุ่มเฝ้าระวังบริการสุขภาพ

โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๗,๑๘๔๑๔

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๓๑

พร้อมกับคำ ขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำนวน ฉบับ คือ

- แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง
- แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล ในบริเวณใกล้เคียง
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต สำเนาบัตรประจำตัว
- สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

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

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้ยื่นคำดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ 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

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"/> สูตินรีเวชกรรม | <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม |
| <input type="checkbox"/> แผนกเทคนิคการแพทย์ | <input type="checkbox"/> แผนกออร์โธปิดิกส์ | <input type="checkbox"/> แผนกโรคผิวหนัง | <input type="checkbox"/> แผนกการผสมเทียม |
| <input type="checkbox"/> แผนกกายภาพบำบัด | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทย | <input type="checkbox"/> แผนกโขนากการ | <input type="checkbox"/> แผนกซีกฟอก |
| <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"/> การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ | <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

- สำเนาบัตรประจำตัว หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ พร้อมสำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพ

- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อนุญาต
- สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- สำเนาโฉนดที่ดิน หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี) หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
- เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้

- (ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล
- (ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง
- (ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร
- (ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร
- (จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร
- (ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร
- (ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

- กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีการเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
 - (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร 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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง
- ใบรับรองแพทย์
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)
- รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- รูปถ่าย ขนาด ๔ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า เลขประจำตัว

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

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 ๔ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

