

เอกสารประกอบการยื่นขอประกอบกิจการสถานพยาบาลแห่งใหม่

ลำดับ	เอกสาร	หมายเหตุ
๑.	<p>แบบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.๓) กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน ถูกต้อง ลงวันที่ และ <input checked="" type="checkbox"/> เอกสารที่แนบมาให้เรียบร้อย</p> <p>เอกสารแนบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง - ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือรื้อถอนอาคาร (อ.๑) - สำเนาหนังสือขอความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม - สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) - สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต - สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล - ใบรับรองแพทย์ - สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีอำนาจลงนาม - ประทับตราสำคัญ
๒.	<p>แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.๔)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีอำนาจลงนาม (เฉพาะในช่องผู้ยื่นคำขอ) - ประทับตราสำคัญ
๓.	<p>แบบแปลน จำนวน ๒ ชุด</p> <ul style="list-style-type: none"> - มาตราส่วน (Scale) ๑:๑๐๐/๑:๑๒๕/๑:๒๐๐ - ขนาดกระดาด $A_n/A_{๒}/A_{๑}/A_๐$ (ตามความเหมาะสมของ Scale ด้วย โดยไม่เล็กกว่าขนาด A_n) - การออกแบบเป็นไปตามแนวทางการออกแบบสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน - ตามกฎหมายทางสัญจรร่วมผู้ป่วยต้อง <u>ไม่น้อยกว่า ๒ เมตร</u> - ให้จัดไฟล์แบบแปลนเป็น File PDF (แผ่น CD) ๑ แผ่น - แสดงการจัดวางเตียง และเฟอร์นิเจอร์ในแบบแปลน - แผนกให้บริการครบถ้วนตามกฎหมายกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ - ระบุแผนก ชื่อห้อง ให้ครบถ้วนทุกห้อง - ชื่อหน่วยให้บริการ ไม่ควรใช้คำว่า คลินิก (ตามกฎหมาย คลินิก หมายความว่า สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีอำนาจลงนาม - ประทับตราสำคัญ <p>**ทุกแผ่น</p>
๔.	<p>แบบฟอร์มรายละเอียดจุดพื้นที่ใช้สอย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถอดรายละเอียดให้ครบถ้วนทุกห้องตามแบบแปลน และระบุชื่อห้องให้ตรงตามแบบแปลน - ในส่วนห้องที่มีการใช้รังสี เช่น ห้อง X - ray , MRI , CT SCAN เป็นต้น ให้ระบุวัสดุที่ใช้กรุผนังว่าเป็นชนิดใด ความหนาผนังเท่าไร 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีอำนาจลงนาม - ประทับตราสำคัญ
๕.	<p>หนังสือปะหน้าเพื่อนำส่งเอกสาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีอำนาจลงนาม - ประทับตราสำคัญ

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

แบบฟอร์มรายละเอียดการถอดพื้นที่ใช้สอย
(การขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)
นำเสนอที่ประชุมคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ นิติบุคคล.....
 บุคคลธรรมดา.....

ลักษณะสถานพยาบาลที่ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทั่วไป | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลกายภาพบำบัด |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะทาง | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทันตกรรม | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะทางประเภทผู้ป่วย |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ | |

สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่

การยื่นคำขอ

- อนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน. จำนวน.....เตียง
วันที่.....
- สถานพยาบาล ประกอบด้วยอาคาร จำนวน..... อาคาร (เช่น อาคารสถานพยาบาล อาคาร
จอดรถ อาคารหอพัก อาคารซักรีด)
 - อาคารที่ ๑ เพื่อใช้.....
สูง.....ชั้น พร้อมลิฟท์เตียง.....ชุด บันไดหลัก.....ชุด และบันไดหนีไฟ.....
 - อาคารที่ ๒ เพื่อใช้.....
สูง.....ชั้น พร้อมลิฟท์เตียง.....ชุด บันไดหลัก.....ชุด และบันไดหนีไฟ.....
 - อาคารที่ ๓ เพื่อใช้.....
สูง.....ชั้น พร้อมลิฟท์เตียง.....ชุด บันไดหลัก.....ชุด และบันไดหนีไฟ.....
- ระบบบำบัดน้ำเสีย เป็น ระบบ.....
- ระบบกำจัดขยะมูลฝอย ขยะติดเชื้อ.....
- การจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม
 - จัดทำ
 - เห็นชอบ จากมติการประชุมครั้งที่.....เมื่อวันที่.....
จำนวน.....เตียง
 - ไม่เห็นชอบ.....
 - อยู่ระหว่างการพิจารณา.....
 - ไม่ต้องจัดทำ เพราะ.....
- ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือรื้อถอนอาคาร (แบบ อ.๑) จากพนักงานท้องถิ่น
ข้อ ๒ เป็นอาคาร ชนิด ค.ส.ล.....ชั้น จำนวน.....หลัง เพื่อใช้เป็น.....
พื้นที่.....ตารางเมตร ที่จอดรถ ที่กั๊บลั้รถ และทางเข้าออกของรถ จำนวนคัน
พื้นที่.....ตารางเมตร

- หนังสือแจ้งความประสงค์จะก่อสร้าง ดัดแปลง รื้อถอนหรือเคลื่อนย้ายอาคาร หรือเปลี่ยนการใช้อาคาร โดยไม่ยื่นคำขอรับใบอนุญาต ตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.๒๕๒๒ มาตรา ๓๙ ทวิ จากพนักงานท้องถิ่น
- ข้อ ๒ เป็นอาคาร ชนิด ค.ส.ล.....ชั้น จำนวน.....หลัง เพื่อใช้เป็น.....
- พื้นที่.....ตารางเมตร ที่จอดรถ ที่กัลับริด และทางเข้าออกของรถ จำนวนคัน
- พื้นที่.....ตารางเมตร
- ใบรับรองการก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือเคลื่อนย้ายอาคาร (แบบ อ.๖) จากพนักงานท้องถิ่น
- ข้อ ๒ เป็นอาคาร ชนิด ค.ส.ล.....ชั้น จำนวน.....หลัง เพื่อใช้เป็น.....
- พื้นที่.....ตารางเมตร ที่จอดรถ ที่กัลับริด และทางเข้าออกของรถ จำนวนคัน
- พื้นที่.....ตารางเมตร
- บริเวณโรงพยาบาลมีทางต่างระดับจำนวน.....แห่ง
- (๑).....สัดส่วน
- (๒)สัดส่วน

ลำดับ	รายละเอียด	พื้นที่ (ตร.ม.)	ความสูง
ชั้น ๑			
บริเวณภายในพื้นที่ห้องน้ำทำด้วยวัสดุกันลื่น			
ไม่มีสิ่งกีดขวางทางหนีไฟ			
ทางสัญจรร่วมให้บริการที่ชั้นนี้กว้างไม่น้อยกว่า ๒ เมตร			
ชั้น ๒			
บริเวณภายในพื้นที่ห้องน้ำทำด้วยวัสดุกันลื่น			
ไม่มีสิ่งกีดขวางทางหนีไฟ			
ทางสัญจรร่วมให้บริการที่ชั้นนี้กว้างไม่น้อยกว่า ๒ เมตร			

ลำดับ	รายละเอียด	พื้นที่ (ตร.ม.)	ความสูง
ชั้น ๓			
บริเวณภายในพื้นที่ห้องน้ำทำด้วยวัสดุกันลื่น			
ไม่มีสิ่งกีดขวางทางหนีไฟ			
ทางสัญจรร่วมให้บริการที่ชั้นนี้กว้างไม่น้อยกว่า ๒ เมตร			
ชั้น ๔			
บริเวณภายในพื้นที่ห้องน้ำทำด้วยวัสดุกันลื่น			
ไม่มีสิ่งกีดขวางทางหนีไฟ			
ทางสัญจรร่วมให้บริการที่ชั้นนี้กว้างไม่น้อยกว่า ๒ เมตร			

ข้าพเจ้าผู้ขอประกอบกิจการสถานพยาบาล ขอรับรองรายละเอียดการจัดพื้นที่ใช้สอยของอาคารสถานพยาบาล ดังกล่าว เมื่อได้รับการอนุมัติแบบแปลนแล้วจะดำเนินการให้ถูกต้องตรงตามแบบแปลนที่ได้รับอนุมัติและปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

ลงชื่อ ผู้ขอประกอบกิจการสถานพยาบาล
 (.....)
 วันที่ เดือน..... พ.ศ.

แบบฟอร์มรายละเอียดการถอดพื้นที่ใช้สอย
(การขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)
นำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ นิติบุคคล.....บริษัท โรงพยาบาล A จำกัด.....
 บุคคลธรรมดา.....

ลักษณะสถานพยาบาลที่ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลทั่วไป | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลกายภาพบำบัด |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะทาง | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทันตกรรม | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะทางประเภทผู้ป่วย |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ | |

สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่เลขที่ ๑ หมู่ที่ ๑ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.....

การยื่นคำขอ

- อนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน. จำนวน.....๑๐๐.....เตียง
วันที่.....๑ มกราคม ๒๕๖๑.....
- สถานพยาบาล ประกอบด้วยอาคาร จำนวน.....๓..... อาคาร (เช่น อาคารสถานพยาบาล อาคาร
จอดรถ อาคารหอพัก อาคารซักรีด)
 - อาคารที่..... ๑..... เพื่อใช้อาคารสถานพยาบาล.....
สูง.....๑๐.....ชั้น พร้อมลิฟท์เพียง.....๔.....ชุด บันไดหลัก.....๑.....ชุด และบันไดหนีไฟ.....๑.....ชุด
 - อาคารที่๒ ... เพื่อใช้อาคารจอดรถ.....
สูง.....๕.....ชั้น พร้อมลิฟท์เพียง.....-.....ชุด บันไดหลัก... ๑.....ชุด และบันไดหนีไฟ.....๑.....ชุด
 - อาคารที่ ๓ เพื่อใช้.....
สูง.....ชั้น พร้อมลิฟท์เพียง.....ชุด บันไดหลัก.....ชุด และบันไดหนีไฟ.....
- ระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นระบบ.....
- ระบบกำจัดขยะมูลฝอย ขยะติดเชื้อ.....ระบุวิธีการกำจัด.....
- การจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม
 - จัดทำ
 - เห็นชอบ จากมติการประชุมครั้งที่.....ระบุ.....เมื่อวันที่.....ระบุ.....
จำนวน.....ระบุ.....เตียง
 - ไม่เห็นชอบ.....
 - อยู่ระหว่างการพิจารณา.....
 - ไม่ต้องจัดทำ เพราะ.....
- ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือรื้อถอนอาคาร (แบบ อ.๑) จากพนักงานท้องถิ่น
ข้อ ๒ เป็นอาคาร ชนิด ค.ส.ล.....ชั้น จำนวน.....หลัง เพื่อใช้เป็น.....
พื้นที่.....ตารางเมตร ที่จอดรถ ที่กั๊บลรถ และทางเข้าออกของรถ จำนวนคัน
พื้นที่.....ตารางเมตร (ระบุตามใบ อ.๑)

- หนังสือแจ้งความประสงค์จะก่อสร้าง ดัดแปลง รื้อถอนหรือเคลื่อนย้ายอาคาร หรือเปลี่ยนการใช้อาคาร โดยไม่ยื่นคำขอรับใบอนุญาต ตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.๒๕๒๒ มาตรา ๓๙ ทวิ จากพนักงานท้องถิ่น
 ข้อ ๒ เป็นอาคาร ชนิด ค.ส.ล.....ชั้น จำนวน.....หลัง เพื่อใช้เป็น.....
 พื้นที่.....ตารางเมตร ที่จอดรถ ที่กั๊บลรถ และทางเข้าออกของรถ จำนวนคัน
 พื้นที่.....ตารางเมตร
- ใบรับรองการก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือเคลื่อนย้ายอาคาร (แบบ อ.๖) จากพนักงานท้องถิ่น
 ข้อ ๒ เป็นอาคาร ชนิด ค.ส.ล.....ชั้น จำนวน.....หลัง เพื่อใช้เป็น.....
 พื้นที่.....ตารางเมตร ที่จอดรถ ที่กั๊บลรถ และทางเข้าออกของรถ จำนวนคัน
 พื้นที่.....ตารางเมตร
- บริเวณโรงพยาบาลมีทางต่างระดับจำนวน.....๑.....แห่ง (เฉพาะทางลาดที่ผู้รับบริการใช้งาน)
 (๑).....ทางเข้าด้านหน้าบริเวณชั้น ๑สัดส่วน๑:๑๒.....
 (๒)สัดส่วน

ชั้น	รายละเอียดพื้นที่	ความสูง (เมตร)	พื้นที่ (ตารางเมตร)	หมายเหตุ
ชั้น ๑	ติดต่อ,สอบถาม			
	โรงพักคอย			
	แผนกเวชระเบียน			
	บริเวณทำประวัติเวชระเบียน			
	ห้องเก็บเวชระเบียน			
	ห้องการเงิน			
	แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน			
	บริเวณที่จอดรถส่งคนไข้			
	ติดต่อสอบถาม,ประชาสัมพันธ์			
	ห้องตรวจ			
	บริเวณหรือห้องช่วยฟื้นคืนชีพ			
	บริเวณ Treatment			
	บริเวณสังเกตอาการ (Observe) ๔ เตียง (พื้นที่ ๖ ตารางเมตร/เตียง)			
	ห้อง/บริเวณเก็บเครื่องมือ,ของใช้,ผ้าสะอาด			
	ห้อง/บริเวณเก็บเครื่องมือ,ผ้าสกปรก			
	บริเวณทำงานพยาบาล (Nurse Station)			
	แผนกรังสีวิทยา			
	โรงพักคอย			
	ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ชาย			
	ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้หญิง			
	ห้อง X – RAY (ผนังบุด้วย..... หนา.....)			
	ห้อง CT SCAN (ผนังบุด้วย..... หนา.....)			
	ห้อง Control			

ชั้น	รายละเอียดพื้นที่	ความสูง (เมตร)	พื้นที่ (ตารางเมตร)	หมายเหตุ
	ส่วนประกอบอื่นๆ			
	ห้องขยะติดเชื้อ			
	ห้องขยะทั่วไป			
	พื้นที่เก็บถังออกซิเจน			
	ห้องเก็บแก๊สทางการแพทย์			
	บริเวณภายในพื้นห้องน้ำทำด้วยวัสดุกันลื่น			
	ไม่มีสิ่งกีดขวางทางหนีไฟ			
	ทางสัญจรร่วมให้บริการที่ชั้นนี้กว้างไม่น้อยกว่า ๒ เมตร			
ชั้น ๒	<u>แผนกผู้ป่วยนอก</u>			
	สอบถาม/ซักประวัติ/คัดกรอง			
	เคาน์เตอร์พยาบาล			
	โถงพักคอย			
	ห้องตรวจ ๑			
	ห้องตรวจ ๒			
	ห้องตรวจ ๓			
	ห้อง Treatment			
	Nurse station			
	ห้องน้ำชาย			
	ห้องน้ำหญิง			
	<u>แผนกเทคนิคการแพทย์</u>			
	โถงพักคอย			
	บริเวณรับส่งตรวจ			
	บริเวณปฏิบัติการ Laboratory			
	ห้องล้างเครื่องมือ			
	ห้องนั่งเครื่องมือ			
	<u>แผนกเภสัชกรรม</u>			
	ห้องเก็บยา			
	ห้องจ่ายยา			
	<u>แผนกอภิบาลผู้ป่วยวิกฤต (ICU)</u>			
	Nurse Station ICU			
	ห้องรวม ICU จำนวน ๓ เตียง			
	ห้อง ICU ๕ ห้อง (จำนวน ๕ เตียง)			
	Anti Room ICU			
	ห้องพักเจ้าหน้าที่			
	ห้องแยก (Ante Room)			

ชั้น	รายละเอียดพื้นที่	ความสูง (เมตร)	พื้นที่ (ตารางเมตร)	หมายเหตุ
	<u>แผนกไตเทียม</u>			
	โรงให้บริการไตเทียม จุดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน ๔ เตียง - พื้นที่รวม.....ตารางเมตร - พื้นที่ต่อเตียง.....ตารางเมตร			
	ห้องระบบน้ำ RO			
	ห้องล้างตัวกรอง			
	ห้องเก็บตัวกรอง			
	ห้องเก็บเวชภัณฑ์			
	<u>แผนกทันตกรรม</u>			
	ห้องพักคอย/เคาน์เตอร์พยาบาล			
	ห้องบริการทันตกรรม ๑			
	ห้องบริการทันตกรรม ๒			
	ห้อง X – Ray (ผนังบุด้วย.....)			
	<u>แผนกกายภาพบำบัด</u>			
	ห้องตรวจ/ห้องแพทย์			
	ห้องเตรียมอุปกรณ์			
	ห้องกายภาพบำบัด			
	ห้อง/บริการ General Physical Therapy ๑			
	<u>แผนกผ่าตัด</u>			
	เปลี่ยนเสื้อผ้าหญิง/หญิง OR			
	เปลี่ยนเตียง OR			
	Clean Corridor OR			
	Nurse Station OR			
	ห้องผ่าตัด OR ๑			
	ห้องผ่าตัด OR ๒			
	ห้องพักฟื้น (เตียง Recovery ๓ เตียง)			
	เก็บอุปกรณ์ Sterile OR			
	ห้องเก็บของสะอาด			
	ห้องเก็บของสกปรก			
	บริเวณภายในพื้นห้องน้ำทำด้วยวัสดุกันลื่น			
	ไม่มีสิ่งกีดขวางทางหนีไฟ			
	ทางสัญจรร่วมให้บริการที่ชั้นนี้กว้างไม่น้อยกว่า ๒ เมตร			
ชั้น ๓	<u>แผนกผู้ป่วยใน (.....เตียง)</u>			
	เคาน์เตอร์พยาบาล			
	ห้องพักผู้ป่วยใน (รวมห้องน้ำ) ๑			

ชั้น	รายละเอียดพื้นที่	ความสูง (เมตร)	พื้นที่ (ตารางเมตร)	หมายเหตุ
	ห้องพักผู้ป่วยใน (รวมห้องน้ำ) ๒			
	ห้องพักผู้ป่วยใน (รวมห้องน้ำ) ๓			
	ห้องพักผู้ป่วยใน (รวมห้องน้ำ) ๔			
	ห้องพักผู้ป่วยใน (รวมห้องน้ำ) ๕			
	ห้องพักผู้ป่วยรวม ๑ (...เตียง)			
	ห้องพักผู้ป่วยรวม ๒ (...เตียง)			
	ห้องเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์			
	ห้องเก็บผ้าใช้แล้ว			
	ห้องพักขยะ			
บริเวณภายในพื้นห้องน้ำทำด้วยวัสดุกันลื่น				
ไม่มีสิ่งกีดขวางทางหนีไฟ				
ทางสัญจรร่วมให้บริการที่ชั้นนี้กว้างไม่น้อยกว่า ๒ เมตร				
	สำนักงาน			
	สำนักงานผู้บริหาร			
	ห้องอเนกประสงค์			
	ห้องการเงิน			
	ห้องประชุม			
	สำนักงาน ๑			
	ห้องเก็บเอกสาร			

ข้าพเจ้าผู้ขอประกอบกิจการสถานพยาบาล ขอรับรองรายละเอียดการจัดพื้นที่ใช้สอยของอาคารสถานพยาบาลดังกล่าว เมื่อได้รับการอนุมัติแบบแปลนแล้วจะดำเนินการให้ถูกต้องตรงตามแบบแปลนที่ได้รับอนุมัติและปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

ลงชื่อ **ลงนาม.(ประทับตรา)** ผู้ขอประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

วันที่ เดือน..... พ.ศ.