

## หลักฐานการรับคำขอ

เลขรับ.....วันที่รับเอกสาร.....วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่      ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ  
วันที่...../...../.....

## รายการเอกสารที่ต้องยื่น

- ❖ รายการเอกสารของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพตามสาขาที่ขออนุญาต และ เป็นคนเดียวกันกับผู้ขอดำเนินการก็ได้)

- |                                                                         |        |
|-------------------------------------------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลฯ (ส.พ.๑) | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลฯ (ส.พ.๒)            | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๕)    | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน+สำเนาทะเบียนบ้าน              | ๑ ชุด  |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์                                  | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> แผนผังแสดงที่ตั้ง และ แผนผังภายใน              | ๑ ชุด  |
- ระบุ ๑)ความกว้าง ความยาว ของอาคาร และ ห้องต่างๆ ๒)ความกว้างช่องทางผ่านของประตูห้องตรวจ ห้องหัตถการ ทุกห้อง ๓)ความกว้างทางเดินตลอดแนวที่ขนย้ายคนไข้กรณีฉุกเฉิน(ต้องไม่น้อยกว่า ๘๐ ซม.)
- |                                                                              |       |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> ภาพถ่าย อาคาร ที่จะขอเปิดคลินิก (ถ่ายจากอีกฝั่งถนน) | ๑ ชุด |
| <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล ดังนี้        | ๑ ชุด |
- สำเนาทะเบียนบ้านคลินิก
  - สัญญาเช่า หรือ หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่
  - สำเนาบัตรประชาชน ผู้ให้เช่าหรือผู้ยินยอม
  - สำเนาโฉนดทุกหน้า (เพื่อดูผู้ถือกรรมสิทธิ์ล่าสุด)
- |                                                                                                        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> บันทึกชี้แจงการควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อ                                 | ๑ ชุด |
| <input type="checkbox"/> หนังสือหรือหลักฐานการให้บริการกำจัดขยะติดเชื้อจากคู่มือสัญญา ระบุรายการดังนี้ |       |
- ชื่อและที่อยู่ของผู้ให้บริการและคลินิกที่รับบริการ
  - วิธีการกำจัดขยะติดเชื้อของหน่วยงานที่ให้บริการ
  - ระยะเวลาที่ทำสัญญาบริการ ระบุตั้งแต่วันที่ยื่นเรื่องจนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ของปีนั้นๆ
- |                                                                                                                                                              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> นิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท <b>ประทับตราสำคัญของบริษัท</b> ตามข้อกำหนด และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร | ๑ ชุด |
| <input type="checkbox"/> กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับ                                                          |       |
- ทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นคำขอ การแก้ไขข้อความ การรับใบอนุญาต
- ๑ ชุด

- ❖ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ขอดำเนินการสถานพยาบาล

- |                                                                                |        |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๘)        | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน+สำเนาทะเบียนบ้าน                     | ๑ ชุด  |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์                                         | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ๑ ฉบับ                     | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง(ถ้ามี) | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่ายขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร                         | ๔ ใบ   |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่ายขนาด ๘ X ๑๓ เซนติเมตร                          | ๒ ใบ   |

- ❖ รายการเอกสารหลักฐานของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล (ผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

- |                                                                                       |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบ |            |
| วิชาชีพ (ส.พ.๖) พร้อมแนบหลักฐานตามท้ายแบบ ส.พ.๖ <u>ทุกคน</u>                          | คนละ ๑ ชุด |

การรับรองตัวเองของผู้ขอดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....  
สถานพยาบาลชื่อ.....วันและเวลาที่ขอดำเนินการคือ.....

.....ขอให้รับรองว่า ข้าพเจ้า

- ☐ ได้มายื่นคำขออนุญาตด้วยตัวเอง ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เมื่อวันที่.....
- ☐ ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้วสองแห่ง
- ☐ สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิดตลอดเวลาเปิดทำการของคลินิก
- ☐ เวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้ไม่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่ ดำเนินการ และ ปฏิบัติงาน ภาครัฐ หรือ เอกชนแห่งอื่น
- ☐ ไม่ได้อยู่ระหว่างการ ศึกษา/อบรม หรือ สอนหนังสือ ใดๆ ตลอดเวลาเปิดทำการของคลินิก
- ☐ กรณีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาครัฐ ไม่ได้มีเวรนอกเวลาที่ซ้ำซ้อนกับเวลาที่ขอดำเนินการแห่งนี้

หากพบว่าข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติตามคำรับรองข้างต้น ข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบและยินยอมให้  
ดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

.....  
(.....)

ผู้ขออนุญาตดำเนินการ

(จนท.ตรวจสอบในฐานข้อมูลฯ ไม่พบดำเนินการ/ประกอบวิชาชีพซ้ำซ้อน ลงชื่อ.....จนท.วันที่.....)

❖ ข้อกำหนดอื่นๆ

- ☐ ชื่อคลินิกไม่ซ้ำกับคลินิกอื่น ถ้าเป็นชื่อบุคคลต้องเป็นชื่อของผู้ขออนุญาตดำเนินการเท่านั้น ต้องมี  
ลักษณะคลินิกเช่น "คลินิกเวชกรรม" หรือ "คลินิกทันตกรรม" นำหน้าหรือต่อท้าย
- ☐ กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ ให้แนบสำเนาหนังสือการขอแจ้งการใช้เครื่องกำเนิดรังสีเพื่อการวินิจฉัยทางการแพทย์
- ☐ กรณีมีเครื่องมือแพทย์ ให้ทำทะเบียนรายชื่อและจำนวนเครื่องมือแพทย์ พร้อมหนังสือรับรอง การนำเข้า  
หรือผลิตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเอกสารแนบท้ายระบุเครื่องมือแพทย์ชนิดนั้นๆ
- ☐ กรณีคลินิกเป็นบ้านพักอาศัยดัดแปลง และอยู่ในหมู่บ้าน ให้แนบเอกสารการอนุญาตจาก นิติบุคคลหมู่บ้าน  
และใบอนุญาตดัดแปลงอาคารที่พักอาศัย

แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ขออนุญาต

ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ล้อมรอบข้อที่ถูกต้องที่สุด

๑. ขั้นตอนการขออนุญาตข้อใดถูกต้อง

- ☐ ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่พิจารณาและคุณสมบัติ นายแพทย์สาธารณสุขวัดลงนามอนุญาต
- ☐ ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอและคุณสมบัติ ตรวจสอบสถานที่  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนามอนุญาต
- ☐ ผู้ประกอบการยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอและคุณสมบัติ ตรวจสอบสถานที่ นำเข้า  
พิจารณาในที่ประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาล นายแพทย์สาธารณสุขฯลงนามอนุญาต
- ☐ ไม่มีข้อใดถูก

๒. ข้อใดไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับคุณสมบัติและหน้าที่ของ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่แห่งก็ได้ โดยเวลาที่ประกอบวิชาชีพ(ตรวจรักษา) ต้องไม่ตรงกัน
  - ☐ จัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพตลอดเวลาทำการ
  - ☐ ควบคุมดูแลให้มีการใช้หรือยินยอมให้ผู้อื่นใช้สถานพยาบาลประกอบกิจการผิดประเภทหรือผิดลักษณะ
  - ☐ ควบคุมดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพตามสาขา
๓. ข้อใดถูกต้องตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑
- ☐ สามารถเปิดให้บริการได้ ตั้งแต่วันที่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอและรับเรื่องไว้
  - ☐ การเลิกกิจการ ต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน
  - ☐ เมื่อได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลแล้ว สามารถออกหน่วยให้บริการตรวจสอบสุขภาพตามโรงงานต่างๆ ได้
  - ☐ เมื่อผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพติดธุระ ผู้ดูแลคลินิกสามารถเปิดร้านเพื่อรับนัดผู้ป่วยได้
๔. ความผิดในข้อใดมีบทกำหนดโทษ ในมาตรา ๖๑ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท
- ☐ เลิกกิจการ โดยไม่แจ้งให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน
  - ☐ ไม่จัดให้มีผู้ดำเนินการแทนกรณีผู้รับอนุญาตดำเนินการพ้นจากหน้าที่เกินเจ็ดวัน หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล
  - ☐ เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลโดยไม่ได้แจ้งให้ผู้อนุญาตทราบ
  - ☐ ถูกทุกข้อ
๕. การขออนุญาตโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลเนื้อหาโฆษณา กระดาษขนาด A๔ มี ค่าธรรมเนียมเท่าไร
- ☐ หน้า ๑๐๐ บาท
  - ☐ หน้าละ ๒๐๐ บาท
  - ☐ หน้าละ ๕๐๐ บาท
  - ☐ หน้าละ ๑,๐๐๐ บาท
๖. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลมีอายุกี่ปี
- ☐ ๑ ปี
  - ☐ ๒ ปี
  - ☐ ๕ ปี
  - ☐ ๑๐ ปี
๗. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลมีอายุกี่ปี
- ☐ ๑ ปี
  - ☐ ๒ ปี
  - ☐ ๕ ปี
  - ☐ ๑๐ ปี
๘. หลังจากที่ได้รับอนุญาตไปแล้ว สิ่งใดที่ต้องยื่นคำร้องขออนุญาตฯ เพิ่มเติมภายหลัง
- ☐ Facebook Instagram สื่ออินเทอร์เน็ตต่างๆ
  - ☐ การนำเครื่องมือแพทย์เข้ามาใช้ในคลินิก
  - ☐ เปลี่ยนลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายแผนกบริการภายในอาคารจากผังเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้
  - ☐ ถูกทุกข้อ

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

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 ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....

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

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำนวน ..... ฉบับ คือ

- |                                                                                                                                     |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล                                                                                 | <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง |
| <input type="checkbox"/> แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล                                                                                | <input type="checkbox"/> 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. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

- หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

**แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล  
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน**

๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

- ☐ 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  
( ..... )

• การอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

- ☐ อนุมัติ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ตามแบบ ส.พ.๒ ที่แนบมาพร้อมนี้  
☐ มอบหมายให้พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้มีรายชื่อดังต่อไปนี้ ออกตรวจลักษณะสถานพยาบาลในวันที่.....

๑.....

๒.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้อนุญาต

(นางสาวณัฐยาภรณ์ วงศ์บุญเกียรติกุล)

หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

## คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

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.....

ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง

## ๒. ลักษณะของสถานพยาบาล

☐ ๒.๑ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

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

## บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- ☐ ห้องเอกซเรย์ ☐ ห้องไตเทียม ☐ ห้องผ่าตัด ☐ ห้องฝังเข็ม
- ☐ อื่น ๆ .....

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

- |                                                            |                                   |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทั่วไป                   | <input type="checkbox"/> ขนาดเล็ก | <input type="checkbox"/> ขนาดกลาง | <input type="checkbox"/> ขนาดใหญ่ |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะทาง .....           | <input type="checkbox"/> ขนาดเล็ก | <input type="checkbox"/> ขนาดกลาง | <input type="checkbox"/> ขนาดใหญ่ |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทันตกรรม                 | <input type="checkbox"/> ขนาดเล็ก | <input type="checkbox"/> ขนาดกลาง | <input type="checkbox"/> ขนาดใหญ่ |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ | <input type="checkbox"/> ขนาดเล็ก | <input type="checkbox"/> ขนาดกลาง | <input type="checkbox"/> ขนาดใหญ่ |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลกายภาพบำบัด              | <input type="checkbox"/> ขนาดเล็ก | <input type="checkbox"/> ขนาดกลาง | <input type="checkbox"/> ขนาดใหญ่ |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย           | <input type="checkbox"/> ขนาดเล็ก | <input type="checkbox"/> ขนาดกลาง | <input type="checkbox"/> ขนาดใหญ่ |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย       | <input type="checkbox"/> ขนาดเล็ก | <input type="checkbox"/> ขนาดกลาง | <input type="checkbox"/> 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"/> แผนกออร์โธปิดิกส์         | <input type="checkbox"/> แผนกโรคผิวหนัง     | <input type="checkbox"/> แผนกการผสมเทียม |
| <input type="checkbox"/> แผนกกายภาพบำบัด                         | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทย        | <input type="checkbox"/> แผนกโภชนาการ       | <input type="checkbox"/> แผนกชักฟอก      |
| <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"/> อื่น ๆ .....    |

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) .....

ณ สถานพยาบาลชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

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

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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- |                                                                                                                                     |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว                                                                                          | <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส.พ. ๖ |
|                                                                                                                                     | พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน                           |
|                                                                                                                                     | และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพ                                |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต                                                                                |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล                                                                       |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์                                                                                              | <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล             |
| <input type="checkbox"/> สำเนาโฉนดที่ดิน 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 จะต้องมียกเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
  - (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ตัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
  - (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- ☐ อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
( ..... )

- หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

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 ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

☐ อื่น ๆ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง

( ..... )

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ



พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |                                                                                           |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว                                                | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ     |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน                                                 | <input type="checkbox"/> สำเนาโฉนดที่ดิน หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์                                                    | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล                        |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)                                    |                                                                                |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี |                                                                                |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๔ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ 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) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

( ..... ) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แนวทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล

ของสถานพยาบาลชื่อ.....

๑. ภาชนะที่ใช้ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อ

.....

๒. ภาชนะที่ใช้ในการเก็บขยะของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด สไลด์ ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว เป็นต้น

.....

๓. หน่วยงานที่ส่งขยะติดเชื้อไปกำจัด

ระยะเวลาหรือความถี่ในการส่งกำจัด.....

.....

๔. การทำความสะอาด และ การทำให้ปราศจากเชื้อ ภายในสถานพยาบาล เครื่องมือ และวัสดุการแพทย์

๔.๑. บริเวณพื้นที่ห้องตรวจทำความสะอาดด้วย.....

๔.๒. บริเวณพื้นที่ห้องทำแผล/ห้องปฏิบัติการต่างๆ.....

๔.๓. เติียงตรวจเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาอะไร.....

๔.๔. รถทำแผลเช็ดฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาอะไร.....

๔.๕. เครื่องมือตรวจโรคทั่วไป เช่น เครื่องวัดความดัน หูฟัง ทำความสะอาดด้วยวิธีใด.....

๔.๖. პროთัดใช้.....

๔.๗. ไม่กดลิ้น.....

๔.๘. ขวดแก้วแบ่งน้ำยาบนรถทำแผลทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด.....

๔.๙. วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ เช่น กระปุกใส่ Transfer Forceps, Forceps, Curette,กรรไกรตัดไหม ถาด ใส่

เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ หม้อก๊อช/สำลี ฆ่าเชื้อโดยวิธีใด.....

๔.๑๐. Set Sterile ต่างๆ เช่น Set ทำแผล Set เย็บแผล เป็นต้น...ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด.....

๔.๑๑. เข็ม Syring ถูมือ...ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด หรือ ใช้แบบฆ่าเชื้อสำเร็จรูปใช้ครั้งเดียวทิ้ง.....

.....

๔.๑๒.เครื่องมือแพทย์หรือเครื่องมือทันตกรรมต่างๆ.ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด

ชุดตรวจฟัน ชุดอุดฟัน ชุดถอนฟัน(ที่ทำด้วยโลหะ).....

.....

.....

ด้ามกรอฟัน(กรอช้า/กรอเร็ว).....

.....

.....

เครื่องชุดหินปูนไฟฟ้า.....

.....

.....

ด้ามจับ Suction , tripple Syring, ท่อนำแสงของเครื่องฉายแสง.....

.....

.....

เครื่องมือ/วัสดุที่ทำด้วยพลาสติกยาง เช่น ด้ามพู่กัน,Rubber cup,ชนแปรงพู่กัน.....

.....

.....

การทำลายเชื้อพื้นผิวที่ปนเปื้อน เช่น เบาะเก้าอี้ทำฟัน ปุ่มปรับต่างๆ.....

.....

.....

อื่นๆได้แก่.....

.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ หลักฐานการใช้บริการกำจัดขยะติดเชื้อ

☐ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(..... )

แผนผังแสดงที่ตั้งสถานพยาบาล

สถานพยาบาลชื่อ.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต  
(.....)

แผนผังภายในสถานพยาบาล

สถานพยาบาลชื่อ.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต  
(.....)