



ที่ สป ๐๐๓๓.๐๐๔/ *สปม ๔*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
๑๙ ซอย ๓๕ อีศวนนท์ ๒ สป ๑๐๒๗๐

๓ ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๖๙ การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ครบ ๑๐ ปี)
และการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ครบ ๒ ปี)

เรียน ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการและผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตสถานพยาบาลฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบประเมินมาตรฐานฯ โดยตนเอง	จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ท่านได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ซึ่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ จึงขอให้ท่านดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๖๙ และขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล ที่จะสิ้นสุดลงในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ ตั้งแต่วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ - วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ อาคารคุ้มครองผู้บริโภค ชั้น ๑ หากไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และ/หรือ ไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล โดยยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการประกอบกิจการและ/หรือดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ท่านสามารถทำการจองคิวเพื่อต่ออายุประจำปี ๒๕๖๙ ได้ล่วงหน้า ๑๔ วัน ทางเว็บไซต์ <https://fdasamutprakan.com/form/renewal/> หรือสแกน QR Code รายละเอียดตามที่ปรากฏท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายรังสรรค์ วงษ์บุญหนัก)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ



QR Code การจองคิวต่ออายุ

ประจำปี ๒๕๖๙

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

โทร. ๐ ๒๓๘๙ ๕๕๘๐ ต่อ ๑๐๖

โทรสาร ๐ ๒๓๘๕ ๑๐๓๔

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

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ประจำปี ๒๕๖๙

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า

☐ (บุคคลธรรมดา).....เลขที่บัตรประชาชน

☐ (นิติบุคคล).....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

สถานพยาบาลชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล คลินิกตั้งอยู่เลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์.....

ปัจจุบันมีผู้ดำเนินการคลินิกชื่อ.....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๙ ดังนี้

จำนวนเงิน ๕๐๐ บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท

(กรณีชำระหลังวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ ต้องชำระเงินเพิ่มเติมเดือนละ ๒๕ บาท)

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

- ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ☐ แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลฯ โดยตนเอง
- ☐ สำเนาสัญญาการใช้บริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากหน่วยงานที่ให้บริการฯ หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน

(ลายมือชื่อ)ผู้รับอนุญาต
(.....)

(ลายมือชื่อ)ผู้แทน
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่...../เลขที่.....

จำนวนเงิน.....บาท วันที่...../...../.....

ลงชื่อผู้มอบเอกสารและลงรายการ

ข้าพเจ้าได้รับ ☐ ส.พ.๑๒ เลขที่.....

☐ สมุดทะเบียน คืบแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน
(.....) (ตัวบรรจง)

วันที่...../...../.....

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต แทนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตสถานพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานพยาบาล (คลินิก) ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล คลินิกตั้งอยู่เลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์.....

ต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๑. ชื่อผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

☐ (บุคคลธรรมดา).....เลขที่บัตรประชาชน

☐ (นิติบุคคล).....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตฯ จำนวน ๑,๐๐๐ บาท

๓. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมนี้ ☐ ใบอนุญาตฉบับจริง ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ)ผู้ประกอบกิจการ/ผู้แทน
(.....)

ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

๑. ชื่อผู้รับอนุญาตดำเนินการ

.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตฯ จำนวน ๒๕๐ บาท

๓. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมนี้ ☐ ใบอนุญาตฉบับจริง ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
(กรณีใบอนุญาตดำเนินการต่อครบสี่ช่อง)

(ลายมือชื่อ)ผู้ดำเนินการ
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่...../เลขที่.....

จำนวนเงินรวม.....บาท วันที่...../...../.....

ลงชื่อผู้ลงรายการ

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
๑. มีป้ายชื่อสถานพยาบาลและเลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการในป้ายตรงกับที่ระบุในใบอนุญาต มีลักษณะดังต่อไปนี้ ๑.๑ ป้ายมีความกว้าง x ยาวไม่น้อยกว่า ๔๐ ซม. X ๑๒๐ ซม. ตัวอักษรภาษาไทยชื่อสถานพยาบาลมีตัวอักษรความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ ซม. ตัวอักษรแสดงประเภทลักษณะ และเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสูงไม่น้อยกว่า ๕ ซม. ถ้าป้ายชื่อมีภาษาต่างประเทศ ตัวอักษรต้องมีขนาดเล็กกว่าภาษาไทย	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี	(แสดงเหตุผลหรือข้อเสนอแนะ)
๑.๒ สีพื้นป้ายเป็นสีขาว และสีตัวอักษร ถูกต้องตามลักษณะคลินิก ดังนี้ คลินิกเวชกรรม / คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง สีเขียว คลินิกทันตกรรม / คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง สีม่วง คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สีฟ้า คลินิกกายภาพบำบัด สีชมพู คลินิกเทคนิคการแพทย์ สีแดงเลือดหมู คลินิกการแพทย์แผนไทย สีนํ้าเงิน คลินิกการแพทย์แผนไทยคลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สีทอง คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สีนํ้าตาล สหคลินิก สีเขียวแก่	☐ มี ☐ ไม่มี	
๑.๓ ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจนจากภายนอก	☐ มี ☐ ไม่มี	
๒. สถานที่ตั้งคลินิกตรงกับบ้านเลขที่ ที่ระบุในใบอนุญาต	☐ มี ☐ ไม่มี	

รายการ	การประเมินตนเอง		หมายเหตุ
๓. มีการแสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลไว้ด้านหน้าคลินิก โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	☐ มี	☐ ไม่มี	
๔. ชำระค่าธรรมเนียมปีนี้แล้ว และติด ส.พ.๑๒ (แบบแสดงการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี) ไว้ด้านหน้าคลินิกสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	☐ มี	☐ ไม่มี	
๕. ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก ๒ ปี (กรณีใหม่ไม่ถึง ๒ ปีใส่√ ช่อง ☐ มี)	☐ มี	☐ ไม่มี	
๖. แสดงหรือติดป้ายวัน เวลา ที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนตรงตามใบอนุญาต	☐ มี	☐ ไม่มี	
๗. แสดงหรือติดป้ายค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ด้านหน้าคลินิกในที่เปิดเผย สามารถมองเห็นได้ชัดเจน	☐ มี	☐ ไม่มี	
๘. แสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ (ข้อความหรือสัญลักษณ์) ได้ชัดเจน	☐ มี	☐ ไม่มี	
๙. แสดงอัตราค่าบริการพยาบาล เช่นค่ายา...ค่าทำแผล...ค่าอุดฟัน...ค่าตรวจเลือด... ฯลฯ ไว้ในที่เปิดเผย (เป็น ป้าย หรือแฟ้มหรือคอมพิวเตอร์ ฯลฯ)	☐ มี	☐ ไม่มี	
๑๐. มีป้ายแจ้งว่า สอบถามอัตราค่าบริการพยาบาลได้ที่.....(แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่หรือได้ทีนี้) มองเห็นชัดเจน ด้วยตัวอักษรข้อความสูง ๑๐ เซนติเมตร(ไม่บังคับสี)	☐ มี	☐ ไม่มี	
๑๑. มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สำหรับบันทึกประวัติคลินิก ที่ผู้อนุญาตเป็นผู้ออกให้เป็นเล่มสีเขียว)	☐ มี	☐ ไม่มี	
๑๒. สถานที่ตั้งมีความมั่นคง ปลอดภัยไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย (พื้น ผนัง เพดาน ประตูหรือโครงสร้างอื่น ๆ)	☐ มี	☐ ไม่มี	
๑๓. พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับร้ายขายยาหรือกิจการอื่น	☐ มี	☐ ไม่มี	
๑๔. กรณีที่มีการให้บริการของสถานพยาบาลหลายลักษณะหรือหลายสาขารวมอยู่ในอาคารเดียวกัน (สหคลินิก) จะต้องมีส่วนให้ชัดเจน และแต่ละส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานการให้บริการนั้น ๆ	☐ มี	☐ ไม่มี	
๑๕. บริเวณทั้งภายใน นอก ภายใน และการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีความสะอาดเรียบร้อย	☐ มี	☐ ไม่มี	
๑๖. มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานติดตั้งโดยส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร สามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้	☐ มี	☐ ไม่มี	
๑๗. มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ กรณีติดเครื่องปรับอากาศ ต้องมีพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอกอาคาร ทั้งนี้ ถ้าความสูงของฝ้าเพดานน้อยกว่า ๒.๖๐ เมตร ผู้ขอรับอนุญาต ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ	☐ มี	☐ ไม่มี	
๑๘. มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษ เป็นสัดส่วนมิดชิด	☐ มี	☐ ไม่มี	
๑๙. ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ	☐ มี	☐ ไม่มี	
๒๐. ขงยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน	☐ มี	☐ ไม่มี	
๒๑. มีวัสดุออกฤทธิ์หรือไม่ - กรณีที่มีวัสดุออกฤทธิ์ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจเปิดและปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	☐ มี	☐ ไม่มี	
๒๒. มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่อุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้น ต้องไม่มีอาหาร หรือเครื่องดื่มปะปน และมีการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย ๑ จุด	☐ มี	☐ ไม่มี	
๒๓. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ(ป้ายชื่อใบสีน้ำเงิน)ที่กำลังปฏิบัติงานในขณะนั้น ในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้น ๆ	☐ มี	☐ ไม่มี	

รายการ	การประเมินตนเอง		หมายเหตุ
๒๔. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย(OPD Card) เก็บไว้ไม่น้อยกว่า ๕ ปี มีการบันทึกเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้ ก) ชื่อสถานพยาบาล ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆของผู้มารับบริการ ประวัติอาการป่วย การแพ้ยา ผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ) การวินิจฉัยโรค ฉ) การรักษา ช) ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพผู้ให้การรักษสถานพยาบาล	☐ มี ☐ มี ☐ มี ☐ มี ☐ มี ☐ มี ☐ มี ☐ มี	☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี	
๒๕. มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการประจำวัน เก็บไว้ไม่น้อยกว่า ๕ ปี อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ ก) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) การวินิจฉัยโรค	☐ มี ☐ มี ☐ มี ☐ มี	☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี	
๒๖. มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล (ส.พ.๒๓) ตั้งแต่ ๑ ต.ค.ของปีที่ผ่านมา ถึง ๓๐ กย. ในปีนั้นๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียมประจำปีถัดไป	☐ มี	☐ ไม่มี	ล่าสุดส่งรายงานประจำปี๒๕๕.....
๒๗. มีการทำให้เครื่องปราศจากเชื้อ ๒๗.๑ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมตรวจสอบ การทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องบำบัดรักษาหรือในบริเวณที่มีงานหัตถการ ๒๗.๒ กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ โปรโตคอลวิธีทำ ๒๗.๒.๑ แช่น้ำยา ๒๗.๒.๒ อบนิ่งใน Autoclave (เครื่องอบนิ่งภายใต้ความดัน) ๒๗.๒.๓ อื่นๆ ระบุ.....	☐ มี ☐ มี ☐ มี ☐ มี	☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี	
๒๘. มีห้องตรวจภายใน หรือไม่ ๒๘.๑ ในกรณีมีห้องตรวจภายใน จะต้องมี - ห้องเป็นสัดส่วนมิดชิด - มีเตียงสำหรับตรวจภายใน และไฟส่องตรวจ - มีอุปกรณ์ตรวจภายใน ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม - มีผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัว ป้องกัน การเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย	☐ มี ☐ มี ☐ มี ☐ มี ☐ มี	☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่มี	
๒๙. มีเครื่องเอกซเรย์ หรือไม่ (เฉพาะคลินิกทันตกรรมต้องมีเครื่องเอกซเรย์ฟัน) ๒๙.กรณีมีเครื่องเอกซเรย์จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และได้รับใบอนุญาตให้ใช้เครื่องเอกซเรย์จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ	☐ มี ☐ มี	☐ ไม่มี ☐ ไม่มี	
๓๐. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม มูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษสถานพยาบาลการให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรคและการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ	☐ มี	☐ ไม่มี	
๓๑. มีการโฆษณาสถานพยาบาลหรือไม่ ๓๑.๑ กรณีมีการโฆษณาข้อความไปตามกฎหมาย	☐ มี ☐ มี	☐ ไม่มี ☐ ไม่มี	

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบประเมินนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล / ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร.....

อยู่ที่บ้าน.....เลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร.....

อยู่ที่บ้าน.....เลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับเห็นชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำตาม
ที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ
หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

.....ผู้มอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือ หรือ ลายพิมพ์นิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบ
ลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

.....ผู้รับมอบอำนาจ

.....พยาน

.....พยาน

วิธีปิดอากรแสตมป์ ก. มอบอำนาจให้บุคคลคนเดียวหรือหลายคนกระทำการครั้งเดียว ๑๐ บาท ข. มอบอำนาจให้บุคคลคนเดียวหรือหลายคนกระทำการครั้งเดียว ๑๐ บาท
มากกว่าครั้งเดียว ๓๐ บาท ค. มอบอำนาจให้กระทำการมากกว่าครั้งเดียว โดยให้บุคคลหลายคนต่างคนต่างกระทำก็ได้ คิดตามรายตัวบุคคลที่มอบหมายคนละ ๓๐ บาท
การยกเว้นไม่ต้องเสียอากร คือ ๑. ใบแต่งตั้งและมอบอำนาจ ซึ่งนายพลความให้แก่ผู้อื่นตามข้อ ๒. ใบมอบอำนาจให้เป็นคดีในศาล ๒. ใบมอบอำนาจให้โอนหรือกระทำการใดๆ
เกี่ยวกับสิทธิหรือหนี้สินตามกฎหมายว่าด้วยคดีการทะเลาะวิวาท ๓. ใบมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ๔. ใบมอบอำนาจซึ่งสมัครเป็นผู้มอบ และเป็นมอบอำนาจแต่งตั้งสหกรณ์ เป็น
ตัวแทนจัดการให้สหกรณ์ ได้รับสิทธิในอสังหาริมทรัพย์

- หมายเหตุ ๑. ต่อคำว่าเรื่อง ให้กรอกข้อความที่มอบให้ทำการแทนให้ชัดเจน เช่น ยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ยื่นคำขอต่ออายุ
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต
สถานพยาบาล ให้แก้ไขผิดทอนข้อความในคำขอ หรือ รับเอกสารหลักฐานต่างๆภายหลังดำเนินการเสร็จสิ้น เป็นต้น
๒. ถ้าลงลายมือชื่อให้ชัดว่าคำหรือลายพิมพ์นิ้วมือออกเสีย ถ้าพิมพ์ลายนิ้วมือให้ชัดว่าคำว่าลงลายมือชื่อหรือออกเสียงหนึ่งถ้าพิมพ์ลายนิ้วมือ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือซ้าย
๓. การเขียนหนังสือมอบอำนาจจะร้องขอซ้ำและแต่งเดิม ถ้ามีต้องให้ผู้มอบอำนาจเซ็นชื่อกำกับไว้ด้วย
๔. ถ้ากริยาเป็นผู้มอบควรให้สามี่ลงชื่อเป็นพยานเสียด้วย