

หลักฐานการรับคำขออนุญาต

สถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมาย ออกให้บริการตรวจสุขภาพคนต่างด้าว

สถานที่ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
เลขรับ.....วันที่รับเอกสาร.....วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

☐ เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....

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

☐ เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้.

.....
.....
.....

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

รายการเอกสาร/หลักฐาน

- ☐ เป็นไปตามเงื่อนไข คือ แจ้งผู้อนุญาตทราบก่อนออกบริการอย่างน้อย ๑๐ วัน
 - ☐ แบบฟอร์ม “แบบแจ้ง สพ.ต.๑” ๑ ฉบับ
 - ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
 - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
 - ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ๑ ฉบับ
 - ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ๑ ฉบับ
 - ☐ สำเนาใบอนุญาตสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนให้บริการตรวจสุขภาพคนต่างด้าว ๑ ฉบับ
 - ☐ กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับกระทำการ
ครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับกระทำการมากกว่าครั้งเดียวพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
(ระบุสิ่งที่จะมอบให้กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร
การรับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)
 - ☐ สำเนาสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ๑ ชุด
 - ☐ บันทึกการปฏิบัติงาน ระบุ วัน เวลา สถานที่ และ ชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือชื่อผู้ประกอบการโรคศิลปะที่จะออกไปให้บริการ ๑ ฉบับ
 - ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือสำเนาใบประกอบโรคศิลปะของผู้ที่จะออกปฏิบัติงาน คนละ ๑ ฉบับ
เซ็นรับรองสำเนาโดยเจ้าของเอกสาร ทุกฉบับ
 - ☐ สมุดทะเบียนผู้ป่วย มีช่องให้ระบุ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และรายการที่จะตรวจ ๑ เล่ม
 - ☐ รถเอกซเรย์* (ถ้ามี) แนบสำเนาใบรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์ (มีนักรังสีวิทยาเป็นผู้ให้บริการ) ๑ ฉบับ
 - ☐ รถชันสูตร* (ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีนักเทคนิคการแพทย์เป็นผู้ให้บริการ) ๑ ฉบับ
 - ☐ รถทันตกรรม* (ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการ) ๑ ฉบับ
- *กรณีใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลไม่ได้รับบริการเพิ่มเติม ให้แนบสมุดทะเบียนสถานพยาบาลหน้าที่มี
แสดงการเพิ่มบริการดังกล่าว

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

แบบแจ้งการออกให้บริการตรวจสอบสุขภาพคนต่างด้าว

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว

อายุ ปี สัญชาติ.....อยู่เลขที่.....ซอย.....ตรอก

ถนน หมู่ที่ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

ขอแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสำหรับสถานพยาบาลเคลื่อนที่
ของสถานพยาบาลประเภท.....ที่ใช้นานพาทนะ เป็นที่ให้บริการและออกไปยังหน่วยงานที่ร้องขอ
เพื่อการตรวจดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล การส่งเสริมหรือการป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพ
หรือการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ดังนี้

(๑) วัน เวลาในการออกให้บริการ ระหว่าง.....ถึงวันที่.....

(๒) สถานที่ในการออกให้บริการ ณ.....

(๓) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๒ วิชาชีพเวชกรรม คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

* หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ให้นำไปที่แจ้งมาแสดงและแจ้งการเปลี่ยนแปลง
ในวันทีออกให้บริการด้วย

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น

(ลายมือชื่อ) ผู้รับแจ้ง

(.....)

ผู้อนุญาต

วันที่.....

[illegible]

