

OSSC SSKO

OSSC SSKO

คู่มือประชาชน

● งานสถานพยาบาล



จัดทำโดย

ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

คู่มือสำหรับประชาชนส่วนภูมิภาค
งานสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

1. การขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก
2. การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
3. การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
4. การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก
5. การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
6. การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
7. การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
8. การแจ้งเลิกคลินิก
9. การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก
10. การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
11. การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
12. การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
13. การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
14. การขอใบรับแจ้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนซึ่งไม่ต้องอยู่ในบังคับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
15. การรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (กรณีรายใหม่และกรณีขอต่ออายุ)
16. การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
17. การชำระค่าธรรมเนียมโรงพยาบาล
18. การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล
19. การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
20. การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล

คู่มือสำหรับประชาชน: การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีกำหนดระยะเวลาไว้ตามกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 วันทำการ
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 5
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 10
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 1
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก
14/05/2015 16:11
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - 1.หลักเกณฑ์
 - 1.1 ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอ การออกใบอนุญาต และการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประเภทใดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา16)

1.2 ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอและการออกใบอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา 24)

2. เงื่อนไข

2.1 การนับระยะเวลา 67 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่ สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐาน ที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนา บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบ อำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. วิธีการ

ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับ ใบอนุญาตได้จัดให้มีกรณี ดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว

- (1) มีแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติแล้วตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
- (2) มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออก ตามมาตรา 14
- (3) มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็น ประจำสถานพยาบาลนั้น ตามชนิดและจำนวนที่กำหนด

ในกฎกระทรวง

- (4) มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่ กำหนดในกฎกระทรวง
- (5) ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

4. คุณสมบัติผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

- (1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (2) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
- (3) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วย กฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับ ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
- (4) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
- (5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- (6) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือน ไร้ความสามารถ

ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคล นั้นต้องมีคุณสมบัติ ตามคุณสมบัติข้างต้น คุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

(2) ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

กรณีที่เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้

(3) เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดย ใกล้เคียง

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	1.ยื่นคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน/รับคำขอและรับเอกสารแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล/ นัดตรวจสถานที่ (ตรวจสอบผู้ขออนุมัติแผนการจัดตั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 17 สถานที่เป็นไปตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา 14 วรรคสอง และมีผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายกระทรวง 18(4) 2.ระยะเวลาการตรวจสถานที่	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	
2)	การพิจารณา	1.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล 2.พนักงานเจ้าหน้าที่นัดตรวจสถานที่	60 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		3.พนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่ 4.สรุปผล/ให้แก้ไขปรับปรุง 5.เสนอคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนพิจารณาเห็นชอบการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล และพิจารณาอนุมัติการอนุญาตการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล			
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาต	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 67 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิ์ลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	กองตรวจลงตราและเอกสารเดินทางคนต่างด้าว	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีการเปลี่ยนชื่อหรือสกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	0	1	ฉบับ	(กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
5)	ทะเบียนสมรส	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม ให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
2)	แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
3)	คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.5)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
4)	หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	(กรณีเป็นผู้ดำเนินการต้องลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่)
5)	คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	(กรณีเป็นผู้ดำเนินการต้องลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่)
6)	สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ขอประกอบกิจการ และผู้ดำเนินการ)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตรทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิ์ลงนามทุกคน)
7)	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ประกอบการประกอบโรคศิลปะ	-	1	1	ฉบับ	(หากเป็นเฉพาะทาง ต้องลงนามสำเนาถูกต้องใบอนุญาตบัตร/อนุบัตร)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
8)	ใบรับรองแพทย์ผู้ขอประกอบกิจการ และผู้ดำเนินการ	-	1	0	ฉบับ	ใบรับรองแพทย์ไม่เป็นโรคต้องห้ามและไม่เกิน 6 เดือนนับแต่วันยื่นคำขอ)
9)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม 3 รูป	-	1	0	ฉบับ	-
10)	รูปถ่ายขนาด 8 x13 ซม 1 รูป	-	1	0	ฉบับ	-
11)	แผนผังในสถานพยาบาล	-	1	0	ฉบับ	(ต้องแสดงภาพถ่ายห้องตรวจโรคและอุปกรณ์ภายในห้องทุกห้องประกอบว่าเสร็จเรียบร้อยแล้ว)
12)	แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลต้องชัดเจน	-	1	0	ฉบับ	(และต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียงโดยให้มีจุดสังเกตที่สำคัญ)
13)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน)	-	0	1	ฉบับ	(หากไม่ใช่เจ้าของกรรมสิทธิ์ ต้องมีเอกสารดังนี้ 1.สัญญาเช่า 2. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า 3.รับรองสำเนาถูกต้อง)
14)	ทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
15)	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน	กรมพัฒนา	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนา

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	ทะเบียน วัตถุประสงค์ และ ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)	ธุรกิจการค้า				ถูกต้อง)
16)	<p>1.มีการเก็บและกำจัดขยะติดเชื้อ โดยมีหนังสือตอบรับจากหน่วยงาน ที่กำจัดขยะหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.ต้องมีเอกสาร/หนังสือรับ การตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ ในกรณีที่มีเครื่องเอกซเรย์</p> <p>3.ต้องได้รับความยินยอมให้ ใ้ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ ได้รับใบอนุญาตก่อน หาก ชื่อสถานพยาบาลในเขต เดียวกันมีชื่อซ้ำกัน</p> <p>4.แสดงอัตราค่าบริการและ ค่ารักษาพยาบาลให้ ครบคลุมลักษณะให้บริการ</p> <p>5.หนังสือประสานงาน โรงพยาบาลที่จะส่งต่อและ โรงพยาบาลที่จะส่งต่อ</p> <p>6.มีแผนแสดงระบบการ ควบคุมทำความสะอาด เครื่องมือเครื่องใช้ในคลินิกที่ เหมาะสม</p>	-	0	1	ฉบับ	(เอกสารอื่นๆ มี 6 ข้อ หากเป็นสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
17)	หากมีเครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องมือแพทย์ ต้องมีเอกสารรับรองจาก อย.	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

- 1) มีค่าธรรมเนียม ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท
- 2) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ค่าธรรมเนียม 250 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ช่องทางการร้องเรียน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) ช่องทางการร้องเรียน เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1)
- 2) แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2)
- 3) คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.5)
- 4) หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6)
- 5) คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาตเปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ18)

19. หมายเหตุ

กรณีมีเหตุที่ต้องขอคำปรึกษา,ความเห็นหรือข้อเสนอแนะ จากหน่วยงานส่วนกลาง/คณะกรรมการสถานพยาบาล
จะไม่นับรวมเป็นเวลาบริการ

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันชั่ง
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มี
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 วันทำการ
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก 07/07/2558
15:31
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
มาตรา 19 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่ลบบนแต่ปีที่ออกใบอนุญาต
การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นสุด เมื่อได้ ยื่นคำขอแล้วให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

สถานพยาบาลต่อไปได้ จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ

การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

2.วิธีการ

2.1 ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาล หมดอายุก่อนสิ้นปีที่ 10 นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

2.2 การยื่นต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุไม่น้อยกว่า 3 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม จนถึง 31 ธันวาคม

2.3 ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม

2.4 พนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบขอต่ออายุใบอนุญาตการผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

2.5 ผู้อนุญาตพิจารณาการต่อใบอนุญาตผู้ประกอบกิจการ / ออกใบอนุญาตผู้ประกอบกิจการใหม่(เลขใหม่) ลงบันทึกใน สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3.เงื่อนไข

3.1 การนับระยะเวลา 21 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่ สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

3.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนา บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบ อำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก่ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

4. คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (แบบ สพ.11) รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

1) สำเนาบัตรประจำตัว

2) ใบรับรองแพทย์

3) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต

4) สเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล

5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

6) หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา 45

แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

7) สมุดทะเบียนสถานพยาบาลหลักเกณฑ์

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาต	1 วัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอต่ออายุใบอนุญาต	14 วัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การลงนาม/ คณะอนุกรรมการมีมติ	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	1 วัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
2)	หนังสือเดินทาง	กองหนังสือเดินทาง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.11)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	1	1	ฉบับ	-
3)	ทะเบียนบ้าน (ผู้ประกอบการ)	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	ทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
5)	ใบรับรองแพทย์ผู้ประกอบการ		1	1	ฉบับ	(1.ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและออกได้ไม่เกิน 6 เดือน 2.ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง))

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
6)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (แบบ สป.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
7)	หนังสือรับรองการ ตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม มาตรา 45 แห่ง พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ.2541/ แบบประเมินตนเองของ สถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
8)	แผนที่แสดงที่ตั้ง สถานพยาบาลต้องชัดเจน		1	0	ฉบับ	-
9)	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ของผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล)		1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

ต่ออายุใบอนุญาตการประกอบกิจการคลินิก

ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า
อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

1) คำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สป.11)

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติชั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันชั่ง
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก 21/05/2558
09:52
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
 - 1.1 มาตรา 28 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

1.2 การขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ เมื่อได้ยื่นคำขอแล้วให้ผู้ยื่นดำเนินการสถานพยาบาลต่อไปได้จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ

1.3 การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

2. วิธีการ

2.1 ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หหมดอายุก่อนสิ้นปีที่ 2 นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

2.2 การยื่นต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุไม่น้อยกว่า 3 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เดือน ตุลาคม จนถึง 31 ธันวาคม

2.3 ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม

2.4 พนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบขอต่ออายุใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

2.5 ผู้อนุญาตพิจารณาการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล / ลงบันทึกการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ในใบอนุญาตและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3. เงื่อนไข

3.1 การนับระยะเวลา 21 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

3.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

4. แบบคำขอการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) (แบบ สพ.20) รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

1) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

2) รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี (กรณีออกใบอนุญาตใหม่)

3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

4) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

5) เอกสารอื่นๆ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตดำเนินสถานพยาบาล	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาต	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนา

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ประชาชน					ถูกต้อง กรณีมอบอำนาจ ต้องมี หนังสือรับมอบอำนาจและ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับ มอบอำนาจ)
2)	หนังสือเดินทาง	กรมการกงสุล	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลง นามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลง นามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	MD CARD ของ แพทย์(กรณี ผู้ดำเนินการเป็น แพทย์)	สำนักงาน เลขาธิการแพทย สภา	1	1	ฉบับ	(เพื่อใช้ตรวจสอบสำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เวชกรรม ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอต่ออายุ ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.20)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.19) ฉบับ จริง	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
3)	ใบรับรองแพทย์	-	1	0	ฉบับ	(ใบรับรองแพทย์ ไม่เป็นโรค ต้องห้ามและ ร่างกายแข็งแรง และออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน)
4)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม 3 รูป	-	3	0	ฉบับ	(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี กรณีออก ใบอนุญาตใบ ใหม่)
5)	ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ/ ประกอบโรค ศิลปะ	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 250 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า
อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

1) ขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สป.20)

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันธ์
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก 20/05/2558 21:04
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

มาตรา 23 ผู้รับอนุญาตต้องจัดให้มีผู้ดำเนินการคนหนึ่ง เป็น ผู้มีหน้าที่ควบคุม ดูแลและรับผิดชอบในการดำเนินการสถานพยาบาล

มาตรา 26 ถ้าผู้ดำเนินการพ้นจากหน้าที่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ ได้เกินเจ็ดวัน ผู้รับอนุญาตอาจมอบหมายให้บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติตามมาตรา 25 ดำเนินการแทนได้ไม่เกินเก้าสิบวัน ในกรณีเช่นว่านี้ให้ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ

แทนแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในสามวัน นับแต่วันที่เข้าดำเนินการแทน

ผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนตามวรรคหนึ่ง ให้มีหน้าที่และ ความรับผิดชอบเช่นเดียวกับผู้ดำเนินการ

2. เงื่อนไข

2.1 การนับระยะเวลา 21 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. วิธีการ

ต้องยื่นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้นแบบคำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.18)

เอกสารหลักฐาน

- 1) สำเนาบัตรประจำตัว
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- 4) รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- 5) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 6) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
- 7) สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรอง
- 8) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบคำยื่นคำขอ เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		(ผู้ดำเนินการต้องแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่)			
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่อเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลและตรวจสอบคุณสมบัติ	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องกรณีมอบอำนาจต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
2)	หนังสือเดินทาง	กรมการกงสุล	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็น ชาวต่างชาติ ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/ สกุล ลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)
4)	ทะเบียนสมรส	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขออนุญาต เปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล (แบบ สป.18)	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.19)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
3)	สำเนาทะเบียน บ้านผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
4)	ใบรับรองแพทย์	-	1	0	ฉบับ	(ผู้ดำเนินการ (ใบรับรองแพทย์ ไม่เป็นโรค

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						ต้องห้ามและ ร่างกายแข็งแรง และไม่เกิน 6 เดือน)
5)	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม จำนวน 3 รูป	-	3	0	ฉบับ	(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1ปี)
6)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
7)	สำเนา ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ/ ใบอนุญาต ประกอบโรค ศิลปะ	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
8)	สำเนาอนุมัติบัตร หรือหนังสือ อนุมัติหรือ หนังสือรับรอง	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

16.ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 250 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอต่ออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18)

19.หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 2 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันชั่ง
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก 20/05/2558
20:01
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
มาตรา 40 กำหนดให้ผู้ที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารใหม่ หรือตัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้กระทำได้เมื่อได้รับอนุญาต

1.1. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

1.2 พนักงานเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงกิจการที่แตกต่างในการประกอบกิจการคลินิก

1.3 ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

2. วิธีการ

2.1 การขออนุญาตประกอบกิจการคลินิก ให้ยื่นเรื่องถึงกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

2.2 การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก โดยพนักงานเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

2.3 การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิกในเขตจังหวัดศรีสะเกษได้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

3. เงื่อนไข

3.1 การนับระยะเวลา 67 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

3.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

4. แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

4.1 กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการ

2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ

3) หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่าหรือสำเนาโฉนด)

4) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

5) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง

6) แผนผังแสดงลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม

7) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

8) ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.6 พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป (กรณีเพิ่มบริการ)

9) สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ

4.2 กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

1) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล

2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล

3) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม

4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม

5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ

1. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

2. สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท

3. กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	60 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 67 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
 ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้ประกอบ กิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลง นาม	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
2)	บัตรประชาชนตัว ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
3)	บัตรประจำตัวของผู้มอบ อำนาจ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
4)	บัตรประจำตัวของผู้รับ มอบอำนาจ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	ทะเบียนบ้านผู้ประกอบ กิจการที่เป็นผู้มีอำนาจ ลง นาม	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
2)	ทะเบียนบ้านผู้ปฏิบัติงาน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
3)	คำขอเปลี่ยนแปลงการ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล ส.พ.16	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
4)	แผนที่แสดงที่ตั้งของ สถานพยาบาลและอาคาร ใกล้เคียง	-	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
5)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
6)	ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.6	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
7)	รูปถ่ายของผู้ปฏิบัติงาน ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี (กรณีเพิ่มบริการ)	-	1	0	ฉบับ	-
8)	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนมีวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
9)	ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจลงนามและผูกพันบริษัท	-	1	0	ฉบับ	-
10)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ8)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
11)	แผนผังแสดงลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม	-	1	0	ฉบับ	-
12)	หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่าหรือหรือสำเนาโฉนด) (สำเนา 1 ฉบับ) (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
13)	เอกสารอื่นๆ (ฉบับจริง 1 ฉบับ / สำเนา 1 ฉบับ) (1) ภาพถ่ายสถานพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลง (ฉบับจริง) 2) ทะเบียนบ้านของสถานพยาบาล (ฉบับสำเนา_เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง) 3) เอกสารการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ฉบับสำเนา_เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง) 4) กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้ หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ)	-	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

1) การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

1) แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันธ์
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
20/05/2558 19:36
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
กรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19) สูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ดำเนินการแจ้งต่อผู้ขออนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับความทราบการสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

2. เงื่อนไข

2.1 การนับระยะเวลา 21 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก่ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

2.3 คำขอใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ส.พ.21 เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่น

1. สำเนาบัตรประจำตัว

2. สำเนาภาพถ่ายทะเบียนบ้าน

3. รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตร จำนวน 2 รูปถ่ายไม่เกินหนึ่งปี

4. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีชำรุด)

5. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

6. เอกสารอื่นๆ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติ บันทึก	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุข	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		สมุดทะเบียน สถานพยาบาล		จังหวัดศรีสะเกษ	
3)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	ส่งมอบใบอนุญาตให้ ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19)	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
2)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีขอเปลี่ยน ชื่อ สกุล ลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอรับใบแทนใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตให้	สำนัก สถานพยาบาลและ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	ดำเนินการสถานพยาบาล สูญหายหรือถูกทำลายใน สาระสำคัญ (ส.พ 21	การประกอบโรค ศิลปะ				
2)	สำเนาทะเบียนบ้าน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
3)	รูปถ่ายขนาด 2.5X3 เซนติเมตรจำนวน 2 รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี	-	2	0	ฉบับ	(รูปถ่าย ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล)
4)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาล (สพ.19)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	(กรณีชำรุด/ถูก ทำลาย)
5)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สพ.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
6)	หนังสือแจ้งความ (กรณี สูญหาย)		1	0	ฉบับ	-

16.ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

17.ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) แบบคำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ส.พ.21

19.หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันธ์
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ
ระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการ
คลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย 21/05/2558 10:39
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
ผู้ที่ประสงค์จะประกอบกิจการคลินิก แทนกรณีผู้รับอนุญาตตายให้ยื่นหนังสือแสดงความจำนงต่อผู้อนุญาตตามแบบคำ
ขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้อนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14) ให้ผู้
อนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย

2. เงื่อนไข

2.1 การนับระยะเวลา 21 วันทำการในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันถัดไป มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในวันถัดไปให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. แบบคำขออนุญาตแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14) รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาใบมรณะบัตรของผู้อนุญาต
4. ใบรับรองแพทย์
5. ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
6. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
7. สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
8. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐาน	1 วัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		ลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม			
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติ บันทึกสมุด	14 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	ส่งมอบใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(1. ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอำนาจ ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทน

ที่	รายการเอกสาร ยื่นต้นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						นิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบ อำนาจที่ลงนาม เรียบร้อย (ครบถ้วน)
2)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	0	1	ฉบับ	(สำเนาหนังสือ รับรองจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และ ผู้มีอำนาจลงชื่อ แทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติ บุคคล))

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	หนังสือแสดง ความจำเป็น ผู้รับใบอนุญาต ให้ประกอบ กิจการ สถานพยาบาล กรณีผู้รับ อนุญาตตาย (สพ.14)	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สพ.7)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
3)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สพ.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
4)	ทะเบียนบ้าน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนง และลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)
5)	ใบรับรองแพทย์	-	1	0	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนง มีอายุไม่ เกิน 6 เดือน)
6)	ใบมรณะบัตร ของผู้รับอนุญาต	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
7)	เอกสารแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล	-	1	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนง ฉบับสำเนา เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
8)	หนังสือมอบ อำนาจ	-	1	0	ฉบับ	(กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบอำนาจ ให้ติดอากรแสตมป์)

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า
อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันธ์
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การแจ้งเลิกคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การแจ้งเลิกคลินิก
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การแจ้งเลิกคลินิก 20/05/2558 19:14
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
มาตรา 44 ผู้รับอนุญาตผู้ใดประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล ต้อง แจ้งเป็นหนังสือและจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้า ไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อได้รับแจ้งตามวรรคหนึ่ง ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตต้อง ปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดก่อนเลิกกิจการก็ได้ ทั้งนี้ โดยให้พิจารณาถึงประโยชน์ และส่วนได้เสียของผู้ป่วยในสถานพยาบาลนั้นเป็นสำคัญ

2.วิธีการ

- 2.1 ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล ให้แจ้งเป็นตามแบบคำขอหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน
- 2.2 พนักงานเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล
- 2.3 ผู้อนุญาตพิจารณาการแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ลงบันทึกการแจ้งเลิกกิจการลงในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการ และสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3.เงื่อนไข

- 3.1 การนับระยะเวลา 1 ชั่วโมงในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันถัดมา มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ
- 3.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในวันถัดมาให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

4.ช่องทาง

- 4.1 การยื่นแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- 4.2 มีเอกสารครบถ้วนคือ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

5.แบบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.17)

- 1) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 2) ใบอนุญาตให้ดำเนินการ
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอ แจ้งเลิกกิจการ สถานพยาบาล/ตรวจสอบ เอกสารหลักฐานครบถ้วน / มอบสำเนาหนังสือแจ้งเลิก กิจการ (สพ.17)	5 นาที	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ครบถ้วน)	30 นาที	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	20 นาที	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	แจ้งเลิกกิจการ (สพ.17)	5 นาที	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 1 ชั่วโมง

14.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(1.ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบ

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						อำนาจ ต้องมี สำเนาบัตร ประชาชนของผู้ มอบอำนาจ(ผู้มี อำนาจลงชื่อแทน นิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบ อำนาจที่ลงนาม เรียบร้อย ครบถ้วน)
2)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	1	1	ฉบับ	(กรณีผู้มอบ อำนาจเป็นนิติ บุคคลต้อง ประทับตรานิติ บุคคล และผู้มี อำนาจลงนาม รับรองสำเนาทุก คน)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอหนังสือแจ้ง เลิกกิจการ สถานพยาบาล (สป.17)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
2)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สป.7)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
3)	ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (สป.19)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
4)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สป.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
5)	หนังสือมอบ อำนาจ	-	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

1) ไม่มีค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 0 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) แบบคำขอหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.17)

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันธ์
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาตามกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การชำระค่าธรรมเนียมคลินิก 19/05/2558 14:14
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
 - ตามกฎหมายกำหนดให้ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปีภายในวันที่ 31 ธันวาคมของทุกปี ให้ยกเว้นสำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและสำหรับปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาต ตลอดเวลาที่ยังประกอบกิจการ ถ้าไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือนถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจากกำหนดหกเดือน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามมาตรา 49 ให้ระงับหรือปฏิบัติให้

ถูกต้องภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้

2.2 ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี

2. เงื่อนไข

2.1 การนับระยะเวลา 1 ชั่วโมงทำการในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	5 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	30 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การพิจารณา	ยื่นเอกสารขอชำระเงิน	5 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนามในสป.12	10 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
5)	-	รับ สพ.12และสมุดทะเบียน	10 นาที	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 1 ชั่วโมง

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(1.ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอำนาจ ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนามเรียบร้อย ครบถ้วน)
2)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	0	1	ฉบับ	(กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลต้อง

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						ประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอชำระ ค่าธรรมเนียม สถานพยาบาล ประจำปี	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาต ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สป.7)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
3)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สป.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
4)	รายงานประจำปี (สป.23)	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
5)	หนังสือมอบ อำนาจ	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

- 1) ค่าธรรมเนียมประจำปี
 ค่าธรรมเนียม 500 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี
- 2) รายงานประจำปี (สพ.23)

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันชั่ง
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ
คลินิก 19/05/2558 16:17
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
 - เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล
 - เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต

2.3 เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด

2.4 เปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ

2.5 เปลี่ยนแปลงเวลาทำการ

2.6 อื่นๆ

2.เงื่อนไข

2.1 การัน้ระยะเวลา 21วันทำการในกรณีคำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันทัก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในวันทักให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3.วิธีการ

3.1.ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

3.2 พนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงรายการในการประกอบกิจการคลินิก

3.3 ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาต การเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการคลินิก/ลงบันทึกในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3.4 ส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก

ในเขตจังหวัดศรีสะเกษ ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

4.ให้ยื่นแบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.10) และให้ยื่นการขอใบแทนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วย(แบบส.พ.15)

4.1 กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบการ

2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบการ

3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

4)ใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

- 5) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
- 6) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

4.2 กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

- 1) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน (มีอายุไม่เกิน 6 เดือน) และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
- 2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 3) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสาร	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
 ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้ ประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลง นาม	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอแก้ไข เปลี่ยนแปลง รายการใบ อนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ.10)	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
2)	สำเนาทะเบียน บ้านผู้ประกอบการ กิจการ	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
3)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
4)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
5)	กรณีการเปลี่ยน ชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต (ให้แนบเอกสาร)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
6)	กรณีการเปลี่ยน เลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ให้แนบ เอกสาร)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
7)	กรณีเปลี่ยนชื่อ สถานพยาบาล (ให้แนบเอกสาร)		0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
8)	ขอใบแทน ใบอนุญาตใบ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล ด้วย(แบบ ส.พ.15)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 100 บาท

หมายเหตุ (กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้รับอนุญาตไม่ต้องเสีย
ค่าธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง)

2) ค่าใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.10)
- 2) การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.15)

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันธ์
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาตามกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนค่าขอที่มากที่สุด 0
จำนวนค่าขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
20/05/2558 11:43
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
กำหนดให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล มีการเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล

การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ

การเปลี่ยนชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด

2.วิธีการ

2.1 ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

2.2 พนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

2.3 ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตฯ / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

3.เงื่อนไข

3.1 การันระยะเวลา 21วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันทัก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

3.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในวันทักให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3.ช่องทาง

3.1 ขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

3.2 การตรวจสอบการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

3.3 การส่งใบอนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้กับผู้ดำเนินการสถานพยาบาลในเขตจังหวัดศรีสะเกษ ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

4.แบบคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.22) และให้ยื่นการขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.21) ด้วย

1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ดำเนินการ

2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ

3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

5) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

6) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

7) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	ยื่น ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสาร	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ดำเนินการ	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
2)	ทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก (สพ.22)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
3)	กรณีเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล (ให้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนชื่อ)	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 2 รูป	-	2	0	ฉบับ	(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
5)	กรณีการเปลี่ยน เลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ให้แนบ เอกสาร)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
6)	กรณีการเปลี่ยน ชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
7)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
8)	การขอรับใบแทน ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.21)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม 100 บาท

หมายเหตุ (กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้ดำเนินการไม่ต้องเสียธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง)

2) การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.21)

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.22)
- 2) การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.21)

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันชั่ง
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก 20/05/2558
17:09
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
มาตรา 21 การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้แก่บุคคล ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 17 ให้กระทำได้ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตการขอโอนใบอนุญาตและการอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

2. วิธีการ

2.1 ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอโอนให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

2.2 พนักงานเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบการการโอนในการประกอบกิจการคลินิก

2.3 ผู้อนุญาตพิจารณาการโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

3. เงื่อนไข

3.1 การนับระยะเวลา 21 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

3.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

4. ช่องทาง

4.1 การขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ ให้ยื่นเรื่องที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

4.2 การตรวจสอบการขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

4.3 การส่งใบอนุญาตที่โอนกิจการสถานพยาบาลให้กับผู้ประกอบกิจการคลินิกในเขตจังหวัดศรีสะเกษ ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

5. แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.13)

5.1 กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับโอน
- 2) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 6) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์
- 7) ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน

8) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิติบุคคล) กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอการประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสาร	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการโอนให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้โอน	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
2)	บัตรประจำตัวผู้รับโอน	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.13)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
2)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้โอน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับโอน	-	0	1	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
5)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
6)	ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน	-	1	0	ฉบับ	(ใบรับรองแพทย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน)
7)	เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับกรโอน	-	0	1	ฉบับ	(เห็นรับรองสำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	กรรมสิทธิ์					
8)	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนวัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิติบุคคล)	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สพ13

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันธ์
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล 20/05/2558 17:48
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
 - กรณีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) หรือ
 - สมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลแจ้งต่อผู้ขอ

อนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตและใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับการทราบ การสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

2. เงื่อนไข

2.1 การนับระยะเวลา 21 วันทำการในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. ช่องทาง

3.1 การยื่นคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

3.2 การตรวจสอบการ ตรวจสอบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

3.3 การส่งใบอนุญาตใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้กับผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ในเขตจังหวัดศรีสะเกษ ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

4. แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (แบบ สพ.15)

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีถูกทำลาย)
- 5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(กรณีถูกทำลาย)
- 6) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)
- 7) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ : ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติ บันทึกสมุดทะเบียนสถานพยาบาล	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	-	ส่งมอบใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)/สมุดทะเบียนสถานพยาบาล	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้ประกอบกิจการ กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับรองมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิ์ลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	กองตรวจลงตราและเอกสารเดินทางคนต่างด้าว	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
	(ส.พ 15หรือสมุด ทะเบียน สถานพยาบาลสูญ หายหรือถูกทำลาย ในสาระสำคัญ					
2)	สำเนาทะเบียน บ้าน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สพ.7) กรณีถูก ทำลาย	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
4)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล กรณีถูกทำลาย	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	1	0	ฉบับ	-
5)	หนังสือแจ้งความ กรณีสูญหาย	สถานีตำรวจภูธร ท้องที่	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า
อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
(แบบ สป.15)

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	10/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันธ์
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดศรีสะเกษ
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
- ช่องทางการให้บริการ
สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
เนื่องจากใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลมีกำหนดสิ้นอายุใบอนุญาตในวันที่ 31 ธันวาคม ของปีที่
สองนับจากได้รับอนุญาต ดังนั้นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องยื่นขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการ
สถานพยาบาลก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากใบอนุญาตสิ้นอายุแล้วมีความประสงค์จะดำเนินการสถานพยาบาลต้อง

ทำการขอใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลใหม่ ทั้งนี้หากพบว่ายังคงดำเนินการต่อไปโดยไม่ได้ขอต่ออายุ ใบอนุญาตถือว่าการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้

ทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษได้รับมอบอำนาจให้ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเฉพาะการต่ออายุใบอนุญาตที่ไม่ต้องออกใบอนุญาตใหม่เท่านั้น ในกรณีที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการหมดพื้นที่การต่ออายุใบอนุญาต ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องยื่นขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลที่สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

1.หลักเกณฑ์

- 1.1 มาตรา 28 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต
- 1.2 การขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ เมื่อได้ยื่นคำขอแล้วให้ผู้นั้นดำเนินการสถานพยาบาลต่อไปได้จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ
- 1.3 การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
- 1.4 ในส่วนภูมิภาค อนุญาตการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล เฉพาะกรณีไม่ต้องเปลี่ยนใบอนุญาต

2.วิธีการ

- 2.1 ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลด้วยตนเอง ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลหมดอายุก่อนสิ้นปีปฏิทินที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต พร้อมทั้งชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 2.2 พนักงานเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบการขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลและคุณสมบัติผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมาย
- 2.3 ผู้อนุญาตพิจารณาการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / ลงบันทึกการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลในใบอนุญาตและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3.เงื่อนไข

- 1) การนับระยะเวลาดำเนินการตามคำขอนั้น ในกรณีที่พบว่าคำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่อง/รายการ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ ทั้งนี้ในระยะเวลาที่กำหนดนั้นไม่รวมระยะเวลาที่รอคอยการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากผู้ยื่นคำขอ

2) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

3) การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้น ผู้รับอนุญาตดำเนินการต้องลงนามในคำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ จุดยื่นคำขอ และต้องแสดงหลักฐานใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะด้วย

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	1.ผู้ขอต่ออายุอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอฯ และเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาให้ครบถ้วน 2.ออกใบสั่งชำระค่าธรรมเนียม 3.ผู้ขอต่ออายุอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลชำระค่าธรรมเนียม	60 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	1.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลและเอกสารหลักฐาน คุณสมบัติผู้ขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล	2 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	ไม่นับรวมเวลากรณีที่การพิจารณาอนุญาตมีเหตุจำเป็นต้องหารือส่วนกลางหรือกรณีที่ต้องมีการตรวจสอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		2.จัดทำใบอนุญาตฉบับจริงเพื่อเสนอลงนาม			คุณสมบัติของผู้ขอรับอนุญาตให้ดำเนินการ จากหน่วยงานอื่น เช่น สภาวิชาชีพ/สำนักสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	ผู้มีอำนาจลงนาม พิจารณาอนุญาตหรือไม่อนุญาต	3 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	การแจ้งผลพิจารณา	เจ้าหน้าที่จัดทำสมุดทะเบียนสถานพยาบาลแจ้งผลการพิจารณา	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 19 วันทำการ

หมายเหตุ ระยะเวลาดำเนินการนี้เป็นการนับเวลาเฉพาะการดำเนินการที่มีธุรกรรมการต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว ไม่รวมกรณีที่มีการยื่นคำขออื่นซึ่งต้องมีการดำเนินการตามคำขอนั้นพร้อมกันด้วย

14.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชนของ	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	1.กรณีเป็นชาวต่างชาติยื่นเอกสารสำเนาหนังสือ

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยื่นตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล					เดินทางแทนสำเนาบัตร ประชาชน 2.ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง
2)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3)	ทะเบียนสมรส	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	กรณีมีการสมรสหรือมีการ เปลี่ยนแปลงค่านำหน้านาม ให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4)	MD CARD ของ แพทย์ (กรณีผู้ดำเนินการ เป็นแพทย์)	สำนักงาน เลขาธิการแพทย สภา	1	1	ฉบับ	(เพื่อใช้ตรวจสอบสำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เวชกรรมลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอต่ออายุ ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.20)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	(ผู้ขอต่ออายุ ใบอนุญาตฯ ลงนามต่อหน้า พนักงาน เจ้าหน้าที่)
2)	ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับ ผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.19) ฉบับ	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	จริง					
3)	ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามี สุขภาพแข็งแรง สามารถ ควบคุมดูแล กิจการ สถานพยาบาล ได้โดยใกล้ชิด	-	1	0	ฉบับ	ใบรับรองแพทย์ ต้องไม่หมดอายุ และต้องออกไว้ไม่ นานเกิน 6 เดือน นับแต่วันยื่นคำขอ
4)	รูปถ่าย ขนาด 2.5x3 ซม	-	3	0	รูป	รูปถ่ายสี หน้าตรง ใบหน้าชัดเจน พื้น หลังเรียบ ไม่ใช่ ภาพถ่ายโพลา รอยด์หรือปรี้นซ์สี ไม่สวมหมวกหรือ แว่นตาดำ ถ่ายไว้ ไม่เกิน 1ปี (ยื่นเฉพาะกรณี ที่ต้องออก ใบอนุญาตฉบับ ใหม่เนื่องจากหมด เนื้อที่การต่ออายุ ใบอนุญาต)
5)	ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ/ ประกอบโรค ศิลปะของ ผู้ดำเนินการ	สภาวิชาชีพ/สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม ค่าต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ก.ไม่เกิน 10 เดือน ฉบับละ 500 บาท

ข.เกิน 10 เดือน แต่ไม่เกิน 25 เดือน ฉบับละ 1250 บาท

ค.เกิน 25 เดือน แต่ไม่เกิน 50 เดือน ฉบับละ 2500 บาท

ง.เกิน 50 เดือน แต่ไม่เกิน 100 เดือน ฉบับละ 5000 บาท

จ.เกิน 100 เดือน ฉบับละ 5000 บาท และให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นสำหรับเดือนที่เกิน 100 เดือน
เดือนละ 50 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า
อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.20)

19. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	18/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันซัง
อนุมัติโดย	
เผยแพร่โดย	

คู่มือสำหรับประชาชน: การชำระค่าธรรมเนียมโรงพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การชำระค่าธรรมเนียมโรงพยาบาล
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดศรีสะเกษ
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาตามกฎหมาย ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 - จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การชำระค่าธรรมเนียมโรงพยาบาล
- ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:00 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปีภายในวันที่ 31 ธันวาคมของทุกปีในวันและเวลาราชการ (ยกเว้นสำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและสำหรับปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาต) ถ้าไม่ชำระ

ภายในเวลาที่กำหนดให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือนถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจากกำหนดหกเดือน พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามมาตรา 49 ให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ และหากไม่ปฏิบัติตามอาจถูกปิดและเพิกถอนใบอนุญาตสถานพยาบาลตามมาตรา 50 และมาตรา 51 ได้

สำหรับปีที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสิ้นอายุ ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียมประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี แต่ต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากไม่ดำเนินการดังกล่าวและมีการประกอบกิจการสถานพยาบาลถือว่าเป็นการประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ระวังโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6 หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งริบบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา 4, 16 วรรคหนึ่ง, 57)

2.วิธีการ

2.1 ผู้ประกอบกิจการหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ประกอบกิจการในช่วงเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม ของทุกปี (ในวันและเวลาราชการ)

2.2 เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบเอกสารหลักฐานและรับชำระค่าธรรมเนียม

2.3 ผู้อนุญาตออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม เจ้าหน้าที่บันทึกการชำระค่าธรรมเนียมไว้ในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3.เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลาดำเนินการตามคำขอนั้น ในกรณีที่พบว่าคำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่อง/รายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ ทั้งนี้ในระยะเวลาที่กำหนดนั้นไม่รวมระยะเวลาที่รอคอยการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากผู้ยื่นคำขอ

2) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

3) กรณีผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย) กรณีนิติบุคคลต้องมีหนังสือมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ให้ครบถ้วนถูกต้อง

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลและเอกสารประกอบคำขอ	15 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนและรับชำระค่าธรรมเนียม	30 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	ผู้อนุญาตลงนามใน สพ.12 หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม	3 วัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
4)	การแจ้งผลพิจารณา	รับหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม (สป.12) และสมุดทะเบียน	10 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 5 วัน

14.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยื่นยื่นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับอนุญาตประกอบ กิจการสถานพยาบาล	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	1.ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบ อำนาจต้องมี หนังสือมอบ อำนาจและสำเนา บัตรประชาชนผู้ มอบและรับมอบ อำนาจพร้อมติด อากรแสตมป์ 10 บาท 3.กรณีเป็นนิติ บุคคล ลงนาม รับรองสำเนาบัตร ประชาชนผู้มีสิทธิ ลงนามทุกคน 4.กรณีเป็น ชาวต่างชาติ ยื่นสำเนาหนังสือ เดินทาง และต้อง มีทะเบียนบ้านอยู่ ในประเทศไทย
2)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	กรณีการเปลี่ยน ชื่อหรือสกุล ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง

ที่	รายการเอกสารยื่นยื่น ตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
3)	สำเนาหนังสือรับรองการ จดทะเบียนนิติบุคคลพร้อม รายละเอียดผู้มีสิทธิลงนาม และวัตถุประสงค์การ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (กรณีผู้ยื่น คำขอเป็นนิติบุคคล)	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	0	1	ฉบับ	ผู้มีอำนาจนิติ บุคคล ลงนาม/ ประทับตราฯ รับรองสำเนา ถูกต้อง
4)	ทะเบียนสมรส (ถ้ามี)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(กรณีมีการสมรส หรือ มี ก า ร เปลี่ยนแปลงคำ นำหน้านาม ให้ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอชำระ ค่าธรรมเนียม สถานพยาบาล ประจำปี	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาต ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สป.7)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
3)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สป.9)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
4)	รายงานประจำปี (สป.24)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียมประจำปี

ค่าธรรมเนียม

- ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(ก) ไม่เกิน 10 เตียง ปีละ 500 บาท

(ข) เกิน 10 เตียง แต่ไม่เกิน 25 เตียง ปีละ 1,250 บาท

(ค) เกิน 25 เตียง แต่ไม่เกิน 50 เตียง ปีละ 2,500 บาท

(ง) เกิน 50 เตียง แต่ไม่เกิน 100 เตียง ปีละ 5,000 บาท

(จ) เกิน 100 เตียง และให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น ปีละ 5,000 บาท

สำหรับที่เกิน 100 เตียง เตียงละ 50 บาท

แต่ทั้งนี้เมื่อรวมค่าธรรมเนียมที่คิดเพิ่มขึ้นแล้วต้องไม่เกินปีละ 100,000 บาท

(กรณีที่ชำระค่าธรรมเนียมภายหลังวันที่ 31 ธันวาคม ต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละ 5 ต่อเดือน)

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี
- 2) รายงานประจำปี (สพ.24)

19. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	18/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันซัง
อนุมัติโดย	
เผยแพร่ โดย	

คู่มือสำหรับประชาชน: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดศรีสะเกษ
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ช่องทางการให้บริการ
สถานที่ให้บริการ
ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:00 น. (มีพักเที่ยง)

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่มีความประสงค์จะขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการที่ได้รับอนุญาตไว้แล้วดังต่อไปนี้ ให้ยื่นคำขอตามแบบที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา พร้อมด้วยเอกสารหลักฐานตามที่ระบุไว้ในคำขอนั้น

- (1) เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล และ ผู้รับอนุญาตได้แจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบแล้วตามมาตรา 42 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
- (2) เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตให้เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาลตามมาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
- (3) เมื่อมีการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (เป็นการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล ของบุคคลเท่านั้น ไม่ใช่การเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต)
- (4) เมื่อมีการเปลี่ยนชื่อที่ตั้งสถานพยาบาล
(เป็นการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อสถานที่ตามทะเบียนราษฎรเท่านั้น ไม่ใช่การย้ายที่ตั้งสถานพยาบาล)
- (5) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเวลาทำการ

การยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในข้อ (1) หรือ (2) ให้ยื่นพร้อมการแจ้งการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลหรือการขออนุญาตเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาลแล้วแต่กรณี การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการตาม (1) ผู้อนุญาตจะบันทึกการเปลี่ยนแปลงรายการพร้อมวัน เดือน ปี ที่บันทึกการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ไว้ในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

ส่วนการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการตาม (2) (3) (4) หรือ (5) ผู้อนุญาตจะออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล โดยมีกำหนดวันหมดอายุใบอนุญาตเท่ากับวันหมดอายุใบอนุญาตเดิม พร้อมทั้งบันทึกการเปลี่ยนแปลงไว้ในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล ส่วนใบอนุญาตฉบับเดิมประทับตรายกเลิกการใช้

หมายเหตุ 1.กรณีที่มีการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลมีหน้าที่ต้องแจ้งการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในสามสิบวัน (มาตรา 42) หากไม่แจ้งระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท (มาตรา 61)

2.กรณีที่ต้องการเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาลต้องได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตก่อน (มาตรา 43) ผู้ใดฝ่าฝืนระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท (มาตรา 59)

2. วิธีการ

2.1 ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(หรือผู้รับมอบอำนาจ) ยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการพร้อมเอกสารหลักฐาน (แบบ ส.พ.10) และเอกสารหลักฐาน ที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

การเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ ต้องยื่นหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ.6) ด้วย

กรณีการเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล ที่ตั้งสถานพยาบาล เปลี่ยนแปลงเวลาทำการต้องยื่นคำขอการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.22) พร้อมเอกสารหลักฐานด้วย

2.2 พนักงานเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารหลักฐาน ตามกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษส่งเอกสารคำขอไปยังกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.3 เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพดำเนินการตามคำขอ จัดเตรียมเอกสารไปแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและสมุดทะเบียนสถานพยาบาลเสนอผู้อนุญาต

2.4 ผู้อนุญาตพิจารณาการเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ออกไปแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลแล้วแต่กรณี

2.5 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพบันทึกการเปลี่ยนแปลงในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล ส่งไปแทนใบอนุญาตและใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษแล้วแต่กรณี

2.6 เจ้าหน้าที่แจ้งผลการพิจารณา ออกเอกสารชำระค่าธรรมเนียม

3. เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลาดำเนินการตามคำขอนั้น ในกรณีที่พบว่าคำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่อง/รายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ ทั้งนี้ในระยะเวลาที่กำหนดนั้นไม่รวมระยะเวลาที่รอคอยการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากผู้ยื่นคำขอ

2) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

3) กรณีผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย) กรณีนิติบุคคลต้องมีหนังสือมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ให้ครบถ้วนถูกต้อง

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	1.ผู้ขอรับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอฯ และเอกสารหลักฐานประกอบพิจารณาให้ครบถ้วนที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ 2.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน 3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษดำเนินการส่งเรื่องให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ยกเว้นการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบการวิชาชีพ)	20 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	1.เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพตรวจสอบคำขอ การเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและเอกสารหลักฐานพนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจประเมินความถูกต้องสอดคล้องตามกฎหมายของเอกสารหลักฐาน กรณี	20 วันทำการ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	ไม่รวมระยะเวลารอคอยกรณีที่มีความจำเป็นต้องขอความเห็นชอบจาก คณะอนุกรรมการสถานพยาบาล / คณะกรรมการสถานพยาบาล ตลอดจนการ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		<p>ไม่ถูกต้องให้แก้ไขปรับปรุง/ ยื่นเอกสารและตรวจสอบเพิ่มเติม</p> <p>จัดทำใบแทนอนุญาตให้ประกอบกิจการ</p> <p>สถานพยาบาลและบันทึกในสมุดทะเบียน</p> <p>สถานพยาบาล (กรณีเปลี่ยนชื่อผู้รับอนุญาต ชื่อสถานพยาบาล ชื่อที่ตั้ง เปลี่ยนเวลาทำการ) หรือ</p> <p>บันทึกรายการในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพ) เพื่อเสนอขออนาม (ส่วนกรณีการขอ</p> <p>เปลี่ยนแปลงตัวผู้ประกอบวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการเสนอผู้</p> <p>อนุญาตลงนามในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล</p>			<p>หรือหน่วยงานอื่น ในการพิจารณาอนุญาต การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล หรือการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ หรือตรวจสอบหลักฐานตามทะเบียนราษฎร กรณีที่มีการเปลี่ยนชื่อที่ตั้งสถานพยาบาล</p>
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	ผู้มีอำนาจลงนาม พิจารณาอนุญาตหรือไม่อนุญาต	3 วันทำการ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	-
4)	การแจ้งผลพิจารณา	1.เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพบันทึกการ	30 วันทำการ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ/	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		<p>เปลี่ยนแปลงไว้ในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล</p> <p>แจ้งผลการพิจารณาและแจ้งรายการชำระค่าธรรมเนียมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษทราบ (กรณีการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบการวิชาชีพเป็นอำนาจของหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค)</p> <p>รับทราบ ไม่ต้องส่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แจ้งให้ผู้ประกอบการทราบและรับชำระค่าธรรมเนียม</p>	1 วันทำการ	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ</p> <p>แล้วแต่กรณี</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ</p>	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 64 วันทำการ

หมายเหตุ ระยะเวลาดำเนินการนี้เป็นการนับเวลาเฉพาะการดำเนินการที่มีธุรกรรมการเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว ไม่รวมกรณีที่มีการยื่นคำขออื่นซึ่งต้องมีการดำเนินการตามคำขอนั้นพร้อมกันด้วย

14.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
 ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	1.ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและรับมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ 10 บาท 3.กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน 4.กรณีเป็นชาวต่างชาติ ยื่นสำเนาหนังสือเดินทาง และต้องมีทะเบียนบ้านอยู่ในประเทศไทย
2)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	กรณีเปลี่ยนชื่อหรือสกุล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3)	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลพร้อมรายละเอียดผู้มีสิทธิลงนามและวัตถุประสงค์การประกอบกิจการ	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	0	1	ฉบับ	ผู้มีอำนาจนิติบุคคล ลงนาม/ประทับตราฯ รับรองสำเนาถูกต้อง

	สถานพยาบาล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)					
4)	ทะเบียนสมรสของผู้ประกอบกิจการ (ถ้ามี)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค่านำหน้านามให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำ ข อ เ ป ลี่ ย น แ บ ง ร า ย ก า ร ไ บ อ นุ ญ า ต ใ ห้ ป ระ ก อ บ กิ จ ก า ร ส ต า น พ ย า บ า ล (ส.พ.10)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
2)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบการ	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
4)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
5)	กรณีเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพให้ยื่นหนังสือ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	แบบ สพ.6 ใช้ฉบับจริง ตามจำนวนผู้	เอกสารหลักฐานประกอบคำขอใช้สำเนาตาม	ฉบับ	1.ผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องยื่น

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	แสดงเจตจำนง เป็นผู้ปฏิบัติงาน ในสถานพยาบาล ของผู้ประกอบ วิชาชีพ (แบบ สพ.6)พร้อม สำเนาบัตร ประชาชน สำเนา ทะเบียนบ้าน สำเนา ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ/ ประกอบโรค ศิลปะ สำเนา วุฒิบัตรหรือ หนังสืออนุมัติ (ถ้ามี) รูปถ่าย ขนาด 8x13 ซม.		ป ร ะ ก อ บ วิ ช า ชี พ / ป ร ะ ก อ บ ร ะ ค ล ป ะ	จ ำ น ว น ผู้ ป ร ะ ก อ บ วิ ช า ชี พ/ ป ร ะ ก อ บ ร ะ ค ล ป ะ		แบบ สพ.6 ทุกคน 2.รับรองสำเนา ถูกต้องทุกคน 3.รูปถ่ายต้องเป็น รูปถ่ายสี หน้าตรง ใบหน้าชัดเจน พื้น หลังเรียบ ไม่ใช่ ภาพถ่ายโพลา รอยด์หรือปริ้นท์สี ไม่สวมหมวกหรือ แว่นตาดำ ถ่ายไว้ ไม่เกิน 1ปี
6)	กรณีการเปลี่ยน ชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต ยื่นเอกสารการ เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
7)	กรณีการเปลี่ยน เลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	อำเภอหรือเขต จังหวัด (แนบ เอกสารที่ เกี่ยวข้อง)					
8)	กรณีเปลี่ยนชื่อ สถานพยาบาล (แนบเอกสารที่ เกี่ยวข้อง)	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
9)	คำขอแก้ไข เปลี่ยนแปลง รายการ ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (แบบ ส.พ.22) พร้อมเอกสาร หลักฐาน ประกอบคำขอ	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	ยื่นแบบ ส.พ.22 เฉพาะกรณีที่มี การขอแก้ไข เปลี่ยนแปลงชื่อ สถานพยาบาล ชื่อที่ตั้งที่มีการ เปลี่ยนแปลงตาม ทะเบียนราษฎร์
10)	บันทึกขอ เปลี่ยนแปลงวัน เวลาดำเนินการ สถานพยาบาล		1	0		ยื่นเฉพาะกรณีที่ ขอเปลี่ยนวัน เวลา ทำการ

16.ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม ค่าธรรมเนียมการเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล 100 บาท
และค่าใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 200 บาท รวม 300 บาท

หมายเหตุ

- 1.กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้รับอนุญาตไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เสียค่าธรรมเนียมเฉพาะค่าใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 200 บาท)
- 2.กรณีเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล ชื่อที่ตั้งสถานพยาบาล ซึ่งต้องมีการยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการ มีค่าธรรมเนียมตามคำขอ เพิ่มเติม ได้แก่ ค่าธรรมเนียมแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการ 100 บาท ค่าใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล 200 บาท รวม 300 บาท

17.ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18.ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.10)
- 2) คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.22)
- 3) หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6)

19.หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	13/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันชั่ง
อนุมัติโดย	
เผยแพร่โดย	

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ:** การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ:** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ:** กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ:** อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
- ระดับผลกระทบ:** บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ:** ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา** ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ**
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการโรงพยาบาล/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ช่องทางการให้บริการ**

สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:00 น. (มีพักเที่ยง)

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

กรณีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7) สูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลแจ้งต่อผู้ขออนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายดังกล่าว (มาตรา30) หากไม่แจ้งภายในระยะเวลาที่กำหนดต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท (มาตรา 61)

กรณีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลแจ้งต่อผู้อนุญาตเพื่อขอรับสมุดทะเบียนสถานพยาบาลภายในเจ็ดวันนับจากวันที่ผู้รับอนุญาตได้พบว่าสมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญตามแบบ ส.พ.15 โดยผู้รับอนุญาตต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าสมุดทะเบียนสถานพยาบาลฉบับใหม่ ในการนี้พนักงานเจ้าหน้าที่จะคัดสำเนาตามรายการที่ระบุไว้ในข้อ 14 แห่งกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ.2545 ลงในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล โดยให้ระบุ "ใบแทน" ไว้หน้าสมุดทะเบียนสถานพยาบาลและพนักงานเจ้าหน้าที่รับรองสำเนาในเอกสารทุกแผ่น

2.วิธีการ

2.1 ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ พร้อมด้วยเอกสารหลักฐาน

2.2 พนักงานเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบคำขอรับใบแทนฯ และเอกสารหลักฐาน

2.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษส่งเรื่องให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินการตามคำขอ

2.4 เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพตรวจสอบคำขอ และ เอกสารประกอบ เสนอผู้อนุญาตพิจารณา

2.5 กรณีขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ผู้อนุญาตพิจารณาออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและลงนามในใบอนุญาต ส่วนกรณีขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลพนักงานเจ้าหน้าที่คัดสำเนาและออกใบแทนทะเบียนสถานพยาบาลให้

2.6 เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพลงบันทึกการออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล แจ้งผลการดำเนินการและรายการค่าธรรมเนียมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษทราบ

2.7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษแจ้งผู้ยื่นคำขอรทราบ ออกเอกสารการชำระเงินค่าธรรมเนียม

3. เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลาดำเนินการตามคำขอนั้น ในกรณีที่พบว่าคำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่อง/รายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ ทั้งนี้ในระยะเวลาที่กำหนดนั้นไม่รวมระยะเวลาที่รอคอยการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากผู้ยื่นคำขอ

2) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

3) กรณีผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือ รับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารหลักฐาน	40 นาที	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-
2)	การพิจารณา	1.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอใบแทนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล/ใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลตามกฎหมายแล้วแต่กรณี 2.ส่งเอกสารคำขอและหลักฐานเอกสารส่งให้หน่วยงานผู้อนุญาต	20 วันทำการ	- สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		<p>(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) พิจารณาออกไปแทนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเพื่อเสนอผู้อนุญาตลงนาม หรือพนักงานเจ้าหน้าที่คัดสำเนาสมุดทะเบียนสถานพยาบาล แล้วแต่กรณี</p> <p>3.เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพตรวจสอบเอกสารหลักฐานและดำเนินการตามคำขอ</p>	10 วันทำการ	-กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	ผู้มีอำนาจลงนาม พิจารณา ออกใบแทนหรือไม่ออกใบ แทนใบอนุญาตให้ประกอบ กิจการสถานพยาบาล หรือ พนักงานเจ้าหน้าที่ออกใบ แทน ส ม ด ท ะ เบี ย น สถานพยาบาลแล้วแต่กรณี	10 วันทำการ	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	
4)	การแจ้งผลพิจารณา	1.เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุน บริการสุขภาพบันทึกการ ออกใบแทนใบอนุญาตฯ ไว้ ใน ส ม ด ท ะ เบี ย น สถานพยาบาล(กรณีขอรับ ใบแทนใบอนุญาต)แจ้งผล การพิจารณาและแจ้งการ ชำระค่าธรรมเนียมไปยัง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ 2.สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษแจ้งผลการ พิจารณาและแจ้งให้ชำระ ค่าธรรมเนียม	30 วันทำการ	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 71 วันทำการ

หมายเหตุ ระยะเวลาดำเนินการนี้เป็นการนับเวลาเฉพาะการดำเนินการที่มีธุรกรรมการขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว ไม่รวมกรณีที่มีการยื่นคำขออื่นซึ่งต้องมีการดำเนินการตามคำขอนั้นพร้อมกันด้วย

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
 ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาบัตร ประชาชนผู้ประกอบ กิจการ กรณีมอบอำนาจ ต้องมี หนังสือรับรองอำนาจและ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับ มอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรอง สำเนาบัตรประชาชนผู้มี สิทธิ์ลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	กองตรวจลงตราและ เอกสารเดินทางคน ต่างด้าว	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)
4)	สำเนา หนังสือ รับรองการจดทะเบียน นิติบุคคล มีวัตถุประสงค์ด้าน การประกอบ กิจการ สถานพยาบาล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นนิติบุคคล ผู้มีอำนาจนิติบุคคล ลง นาม/ประทับตราฯรับรอง สำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
	และ ผู้มีอำนาจลง ชื่อแทนนิติบุคคล (กรณี ผู้ยื่นคำขอ เป็นนิติบุคคล)					

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอรับใบแทน ใบอนุญาตกรณี ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ 15หรือสมุด ทะเบียน สถานพยาบาลสูญ หายหรือถูกทำลาย ในสาระสำคัญ	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
2)	สำเนาทะเบียน บ้านของผู้รับ อนุญาตประกอบ กิจการ สถานพยาบาล	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สพ.7) กรณีถูก ทำลาย	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
4)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ	1	0	ฉบับ	ยกเว้นกรณีสูญหายให้ แนบบันทึกประจำวันแจ้ง เอกสารหายแทน
5)	บันทึกประจำวันรับ แจ้งเอกสารหาย	สถานีตำรวจ	1	0	ฉบับ	เฉพาะกรณีสูญหาย

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียมการออกใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 200 บาท

ค่าสมุดทะเบียนสถานพยาบาล 200 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า
อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
(แบบ สพ.15)

19. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	13/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันชั่ง
อนุมัติโดย	
เผยแพร่โดย	

คู่มือสำหรับประชาชน: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาตามกฎหมาย ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
- ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 - จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ช่องทางการให้บริการ
 - สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
 - ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:00 น. (มีพักเที่ยง)
- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - หลักเกณฑ์
 - กรณีที่ผู้ดำเนินการมีความประสงค์จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว กรณีดังต่อไปนี้ให้ยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

- 1.การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล
- 2.การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ
(เป็นการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการไม่ใช่การเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ)
- 3.การเปลี่ยนชื่อที่ตั้งของสถานพยาบาล
(เป็นการเปลี่ยนชื่อที่ตั้งของสถานพยาบาลตามทะเบียนราษฎรไม่ใช่การย้ายสถานที่)

โดยผู้อนุญาตจะออกใบแทนใบอนุญาตให้ใหม่ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงรายการไว้ในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

2.วิธีการ

- 2.1 ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลหรือผู้มอบอำนาจยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 2.2 พนักงานเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมาย และส่งคำขอให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพตรวจสอบและดำเนินการ เพื่อเสนอผู้อนุญาตพิจารณาออกใบแทน/ลงบันทึกในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 2.3 ผู้อนุญาตพิจารณาออกใบแทน / ลงบันทึกในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 2.4 เจ้าหน้าที่แจ้งผลการพิจารณา ออกใบชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต

3.เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลาดำเนินการตามคำขอนั้น ในกรณีที่พบว่าคำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่อง/รายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ ทั้งนี้ในระยะเวลาที่กำหนดนั้นไม่รวมระยะเวลาที่รอคอยการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากผู้ยื่นคำขอ

2) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

3) กรณีผู้ดำเนินการสถานพยาบาลมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

หมายเหตุ กรณีที่มีการยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.22)

กรณีการเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เปลี่ยนชื่อที่ตั้งสถานพยาบาล ต้องยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาต

ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.10) พร้อมเอกสารตามคำขอฯ ด้วย

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	<p>1. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ. 22) พร้อมเอกสารให้ครบถ้วน</p> <p>2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษส่งคำขอและเอกสารหลักฐานไปยังกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเพื่อดำเนินการต่อไป</p>	20 วัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	
2)	การพิจารณา	<p>1. เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพตรวจสอบคำขอและเอกสารหลักฐานถูกต้องตามกฎหมาย</p> <p>2. จัดทำใบแทนใบอนุญาตเพื่อเสนอลงนาม</p>	20 วันทำการ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	ไม่รวมระยะเวลารอคอยกรณีที่มีความจำเป็นต้องขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการสถานพยาบาล / คณะกรรมการสถานพยาบาล ตลอดจนการ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
					หาหรือหน่วยงานอื่นในการพิจารณาอนุญาตการเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาลหรือการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพหรือตรวจสอบหลักฐานตามทะเบียนราษฎรกรณีที่มีการเปลี่ยนชื่อที่ตั้งสถานพยาบาล
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	ผู้มีอำนาจพิจารณาลงนามพิจารณาออกใบแทนหรือไม่ออกใบแทน	3 วันทำการ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	-
4)	การแจ้งผลพิจารณา	1.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพส่งใบแทนใบอนุญาต/สมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษทราบ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แจ้งผลการพิจารณาและออกใบสั่งชำระค่าธรรมเนียม	5 วันทำการ 5 วันทำการ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 53 วันทำการ

หมายเหตุ ระยะเวลาดำเนินการนี้เป็นการนับเวลาเฉพาะการดำเนินการที่มีธุรกรรมการเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว ไม่รวมกรณีที่มีการยื่นคำขออื่นซึ่งต้องมีการดำเนินการตามคำขอนั้นพร้อมกันด้วย

14.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	1.ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและรับมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ 10 บาท
2)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อสกุล คำนำหน้านาม(ถ้ามี)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	เฉพาะกรณีการเปลี่ยนชื่อหรือสกุลหรือคำนำหน้านามลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

3)	ทะเบียนสมรสของผู้ดำเนินการ (ถ้ามี)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค่านำหน้านามให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	ทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.22)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
3)	กรณีเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาลแนบบันทึกขออนุญาตเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล	-	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
4)	รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม.	-	2	0	รูป	(รูปถ่ายสี พื้นหลัง เรียบ ไม่ใช่ ภาพถ่ายโพล่า รอยด์หรือปรีนซ์สี หน้าตรง ใบหน้า ชัดเจน ไม่ยิ้ม ไม่ สวมหมวกหรือ แว่นดำ ถ่ายไว้ไม่ เกิน 1ปี)
5)	กรณีการเปลี่ยน เลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (แนบ เอกสารที่ เกี่ยวข้อง)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
6)	กรณีการเปลี่ยน ชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต ยื่นเอกสารการ เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
7)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ.8)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-
8)	คำขอ เปลี่ยนแปลง รายการประกอบ กิจการ	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	ยื่นเฉพาะกรณีที่ ขอ เปลี่ยน ชื่อ สถานพยาบาล ชื่อที่ตั้ง

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	สถานพยาบาล (แบบ ส.พ.10) พร้อมเอกสาร ตามคำขอ					สถานพยาบาล

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม ค่าธรรมเนียมการเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล 100 บาท และ
ค่าใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล 200 บาท

หมายเหตุ

- กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้ดำเนินการไม่ต้องเสียธรรมเนียมในการ
แก้ไขเปลี่ยนแปลง 100 บาท ชำระเฉพาะค่าใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล 200 บาท)
- กรณีเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล ชื่อที่ตั้งสถานพยาบาล ซึ่งต้องมีการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้
ประกอบกิจการสถานพยาบาล มีค่าธรรมเนียมเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการตามคำขอ
100 บาท และค่าใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 200 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ 6 ตำบล โพนข่า
อำเภอ เมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000
- ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 4561 6040-6 ต่อ 305 /โทรสาร 0 4561 6042
- ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ [http:// www.ssko.moph.go.th](http://www.ssko.moph.go.th)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.22)
- คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.10)

19. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	13/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	นางอินทุภา ทองพันธ์
อนุมัติโดย	
เผยแพร่โดย	