

การตั้งสถานพยาบาล

1. ส่วนประกอบกิจการ (สพ.1 สพ.2 สพ.5)

เอกสารประกอบการยื่น

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด
1	แผนที่	เขียนให้เข้าใจและไปถึงคลินิกได้
2	แผนผัง	เฉพาะส่วนบริการ ห้องตรวจ ตู้ยา ที่นั่งคอย เคาน์เตอร์ ห้องน้ำ
3	สำเนาทะเบียนบ้าน	ผู้ยื่นประกอบกิจการ
4	สำเนาบัตรประชาชน	ดูวันหมดอายุด้วย
5	สำเนาทะเบียนบ้านคลินิก	ที่ที่ขอเปิดคลินิก
6	ใบรับรองแพทย์	ที่ไม่หมดอายุ
7	สำเนาเอกสารสิทธิ	สัญญาเช่า หรือหนังสือที่เจ้าบ้าน ยินยอมให้ใช้สถานที่
8	หนังสือรับรองการจดทะเบียน	กรณีเป็นนิติบุคคลเท่านั้น

2. ส่วนดำเนินการ (สพ.18 สพ.6)

เอกสารประกอบการยื่น

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด
1	สำเนาทะเบียนบ้าน	ผู้ยื่นดำเนินการ
2	สำเนาบัตรประชาชน	ดูวันหมดอายุด้วย
3	สำเนาใบประกอบวิชาชีพ/โรคศิลป์	ดูวันหมดอายุด้วย (วิชาชีพพยาบาล)
4	สำเนาวุฒิบัตร	กรณีแพทย์เฉพาะทาง
5	ใบรับรองแพทย์	ที่ไม่หมดอายุ
6	รูปถ่าย 1"	3 รูป
7	รูปถ่าย 8 X 13 ซม.	1 รูป

* กรณีที่ผู้ประกอบกิจการและผู้ดำเนินการเป็นบุคคลเดียวกัน ถ้าเอกสารซ้ำกันให้ใช้เพียง 1 ชุด

* กรณีทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ อยู่จังหวัดอื่น ให้แนบ "คำรับรองของผู้ดำเนินการด้วย

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

Y ๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ อายุ ปี

Y ๑.๒ นิตินุคคล

โดย (๑) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิตินุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี Y บ้าน Y สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

Y ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

Y คลินิกเวชกรรม Y คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง Y คลินิกทันตกรรม

Y คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง Y คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

Y คลินิกกายภาพบำบัด Y คลินิกเทคนิคการแพทย์ Y คลินิกการแพทย์แผนไทย

Y คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์

Y สหคลินิก ประกอบด้วย

Y ๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

Y คลินิกเวชกรรม Y คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง Y คลินิกทันตกรรม
Y คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง Y คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
Y คลินิกกายภาพบำบัด Y คลินิกเทคนิคการแพทย์ Y คลินิกการแพทย์แผนไทย
Y คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์
Y สหคลินิก ประกอบด้วย

๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

Y เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ Y เป็นอาคารอยู่อาศัย Y เป็นห้องแถว Y เป็นตึกแถว
Y เป็นบ้านแถว Y เป็นบ้านแฝด Y เป็นอาคารพาณิชย์ Y ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า
Y อื่น ๆ มี คูหา ชั้น

๔. พื้นที่ ตารางเมตร กว้าง เมตร ยาว เมตร สูง เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ผู้อนุญาต

วันที่

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

Y ๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ อายุ ปี

Y ๑.๒ นิตินุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิตินุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี Y บ้าน Y สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ Y ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน Y รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล

๒.๑ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

Y คลินิกเวชกรรม Y คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง Y คลินิกทันตกรรม

Y คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง Y คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

Y คลินิกกายภาพบำบัด Y คลินิกเทคนิคการแพทย์ Y คลินิกการแพทย์แผนไทย

Y คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์

Y สหคลินิก ประกอบด้วย

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

Y ห้องเอกซเรย์ Y ห้องไตเทียม Y ห้องผ่าตัด Y ห้องฝังเข็ม

Y อื่น ๆ

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

Y โรงพยาบาลทั่วไป Y โรงพยาบาลเฉพาะทาง Y สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไป

Y สถานพยาบาลเวชกรรมเฉพาะทาง Y สถานพยาบาลทันตกรรมทั่วไป

Y สถานพยาบาลทันตกรรมเฉพาะทาง Y สถานพยาบาลการผดุงครรภ์

Y สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง Y สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย Y สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์

Y กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
- (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
- (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

Y อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

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

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง Y หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่

ได้รับ Y หนังสืออนุมัติ Y วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

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

ปัจจุบันข้าพเจ้า

Y ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

Y รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ)

Y ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน

Y เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต จังหวัด มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

Y สำเนาบัตรประจำตัว

Y สำเนาทะเบียนบ้าน

Y สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ

Y สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ

Y รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

Y อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง Y หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

Y คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
Y คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ออกให้ ณ วันที่

Y วุฒิปริญญาตรี Y หนังสืออนุมัติ Y หนังสือรับรอง สาขา
ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ Y ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน Y รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพียง
วัน/เวลาทำการ เพื่อ

Y ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่ Y ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก

Y ผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน

Y ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป

ลักษณะสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาล ชื่อ
ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

Y เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ลักษณะของสถานพยาบาล
ณ สถานพยาบาลชื่อ ที่ตั้ง เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

Y เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้
(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|--|---|
| Y สำเนาบัตรประจำตัว | Y สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ |
| Y สำเนาทะเบียนบ้าน | Y สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| Y ใบรับรองแพทย์ | Y ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล |
| Y สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี) | |
| Y รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |
| Y รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ในช่อง Y หน้าข้อความที่ต้องการ