

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ. สถานพยาบาลพ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวงประกาศระเบียบที่ออกตามพ.ร.บ.สถานพยาบาลพ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ถนนการุณราชบุรี ตำบลตลาดอำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี เบอร์โทรศัพท์ 077-273998, 077-283703 / ติดต่อด้วยตนเองณ
หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ (กรณีชำระค่าธรรมเนียมปิดบริการ 16.00 น .)

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1.หลักเกณฑ์

1 กรณีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) หรือ

2 สมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลแจ้งต่อผู้ขอ อนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตและใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับความ การสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

2.เงื่อนไข

1.การนับระยะเวลา 21 วันทำการ"ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่ สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันทัก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ";

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจ สามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในวันทักให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3.ช่องทาง

1.การยื่นคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้ยื่น เรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.ตรวจสอบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลโดย พนักงานเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

3.การส่งใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้กับผู้ประกอบ กิจการสถานพยาบาลในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานีให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

4.แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(แบบสป.15)

1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

2) สำเนาทะเบียนบ้าน

- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีถูกทำลาย)
- 5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(กรณีถูกทำลาย)
- 6) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)
- 7) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ : ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติบันทึกสมุดทะเบียนสถานพยาบาล	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-
4)	-	ส่งมอบใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)/ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล(สพ.8)	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาบัตร ประชาชนผู้ ประกอบกิจการ กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและ สำเนาบัตร ประชาชนผู้รับ มอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตร ประชาชนผู้มีสิทธิ ลงนามทุกคน)
2)	หนังสือเดินทาง	กองตรวจลงตรา และเอกสาร เดินทางคนต่าง ด้าว	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็น ชาวต่างชาติลง นามรับรองสำเนา ถูกต้อง)
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ/ สกุลลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
4)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	1	1	ฉบับ	(กรณีเป็นนิติ บุคคล)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						ลงนามรับรอง สำเนาหนังสือ รับรองนิติบุคคล)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอรับใบแทน ใบอนุญาตกรณี ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ 15หรือสมุด ทะเบียน สถานพยาบาล สูญหายหรือถูก ทำลายใน สาระสำคัญ	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ	1	0	ฉบับ	-
2)	สำเนาทะเบียน บ้าน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
3)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สพ.7) กรณีถูก ทำลาย	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สุราษฎร์ธานี	1	0	ฉบับ	-
4)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สพ.8) กรณีถูก ทำลาย	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สุราษฎร์ธานี	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
5)	หนังสือแจ้งความ กรณีสูญหาย	สถานีตำรวจนคร บาลท้องที่	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

1) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงานณจุดยื่นคำขอกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีถนนการุณราษฎรตำบลตลาดอำเภอเมืองฯจังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000 เบอร์โทรศัพท์ 077-273998, 077-283703

หมายเหตุ-

2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีถนนการุณราษฎรตำบลตลาดอำเภอเมืองฯจังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

หมายเหตุ-

3) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขถนนติวานนท์อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ-

4) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ - กองกฎหมายกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขถนนติวานนท์อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ-

5) **ช่องทางการร้องเรียน** E-mail : fdasurat@hotmail.com

หมายเหตุ-

6) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 077-273998, 077-283703

หมายเหตุ-

7) **ช่องทางการร้องเรียน** facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online

หมายเหตุ-

8) **ช่องทางการร้องเรียน**ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ(เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

1) 1) แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (แบบสป.15)

-

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	28/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยหัวหน้า หน่วยงาน (Reviewer)
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ ราษฎร์ธานีสสจ.สธ.
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-