คู่มือสำหรับประชาชน: การแจ้งเลิกคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กระทรวง:กระทรวงสาธารณสุข

---

1. **ชื่อกระบวนงาน**:การแจ้งเลิกคลินิก
2. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน**:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. **ประเภทของงานบริการ**:กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. **หมวดหมู่ของงานบริการ**:อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง**:
   1) *พ.ร.บ. สถานพยาบาลพ.ศ.* 2541 *และที่แก้ไขเพิ่มเติม* (*ฉบับที่* 3) *พ.ศ.*2555 *และกฎกระทรวงประกาศระเบียบที่ออกตามพ.ร.บสถานพยาบาลพ.ศ.* 2541 *และแก้ไขเพิ่มเติม* (*ฉบับที่* 4) *พ.ศ.* 2558

6. **ระดับผลกระทบ**: บริการทั่วไป
7. **พื้นที่ให้บริการ**: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. **กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา** ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
   ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0นาที
9. **ข้อมูลสถิติ**
   จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน0
   จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
   จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** การแจ้งเลิกคลินิกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
11. **ช่องทางการให้บริการ**
    1) ***สถานที่ให้บริการ****กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีถนนการุณราษฎร์ตำบลตลาดอำเภอเมืองฯจังหวัดสุราษฎร์ธานีเบอร์โทรศัพท์* 077-273998,077-283703 */ติดต่อด้วยตนเองณหน่วยงาน*
       ระยะเวลาเปิดให้บริการ *เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์* (*ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด*) *ตั้งแต่เวลา* 08:30 - 16:30 *น.* (*มีพักเที่ยง*)
       หมายเหตุ -

12. **หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

1.หลักเกณฑ์

มาตรา 44 ผู้รับอนุญาตผู้ใดประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาลต้องแจ้งเป็นหนังสือและจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติ

เกี่ยวกับผู้ป่วยให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวันทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อได้รับแจ้งตามวรรคหนึ่งผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตต้องปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดก่อนเลิกกิจการก็ได้ทั้งนี้โดยให้พิจารณาถึงประโยชน์และส่วนได้เสียของผู้ป่วยในสถานพยาบาลนั้นเป็นสำคัญ

2.วิธีการ

1.ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาลให้แจ้งเป็นตามแบบคำขอหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน

2.พนักงานเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีกระทรวงสาธารณสุขตรวจสอบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

3.ผู้อนุญาตพิจารณาการแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลลงบันทึกการแจ้งเลิกกิจการลงในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3.เงื่อนไข

1.การนับระยะเวลา 1 ชั่วโมง"ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึกมิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ"

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

4.ช่องทาง

1.การยื่นแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.มีเอกสารครบถ้วนคือใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

5.แบบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (แบบสพ.17)

1) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

2) ใบอนุญาตให้ดำเนินการ

3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. **ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล/ตรวจสอบเอกสารหลักฐานครบถ้วน / มอบสำเนาหนังสือแจ้งเลิกกิจการ (สพ.17)	5 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสารหลักฐานครบถ้วน)	30 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ	ผู้อนุญาตลงนาม	20 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-
4)	-	แจ้งเลิกกิจการ (สพ.17)	5 นาที	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 1 ชั่วโมง

14. **งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว**

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. **รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ**

15.1) **เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ**

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(1.ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบอำนาจต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนามเรียบร้อยครบถ้วน)
2)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	1	1	ฉบับ	(กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลต้องประทับตรานิติบุคคลและผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาทุกคน)

15.2) **เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม**

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอหนังสือแจ้งเลิกกิจการ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	สถานพยาบาล (สพ.17)					
2)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	1	0	ฉบับ	-
3)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	1	0	ฉบับ	-
4)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.8)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	1	0	ฉบับ	-
5)	หนังสือมอบอำนาจ	-	1	0	ฉบับ	-

16. **ค่าธรรมเนียม**

1) **ไม่มีค่าธรรมเนียม**

ค่าธรรมเนียม0 บาท

หมายเหตุ -

17. **ช่องทางการร้องเรียน**

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

หมายเหตุ-

2) **ช่องทางการร้องเรียน**ไปรษณีย์กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีถนนการุณราษฎร์ตำบลตลาดอำเภอเมืองฯจังหวัดสุราษฎร์ธานี 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) แบบคำขอหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (ส .พ.17)

-

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	27/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยหัวหน้าหน่วยงาน (Reviewer)
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีสสจ.สธ.
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-