

## คู่มือสำหรับประชาชน: การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

---

1. ชื่อกระบวนการ: การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
  - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ  
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 1  
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 2  
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก 20/05/2558  
17:09
11. ช่องทางการให้บริการ
  - 1) **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1 อาคารคลังพัสตู ถนนสาธารณสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข เบอร์โทรศัพท์ 0 2590 1997 ต่อ 716 , 720/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  
**ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)  
**หมายเหตุ** -
  - 2) **สถานที่ให้บริการ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี  
ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน(โทรนัดหมายก่อนอย่างน้อย 1 วัน) โทร 034-518106

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

**หมายเหตุ** เวลาการให้บริการขึ้นกับแต่ละจังหวัด

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

### 1. หลักเกณฑ์

มาตรา 21 การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้แก่บุคคล ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ตามมาตรา 17 ให้กระทำได้ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตการขอโอนใบอนุญาตและการอนุญาตให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

### 2. วิธีการ

2.1 ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอโอนให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

2.2 พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบการการโอนในการประกอบกิจการ คลินิก

2.3 ผู้อนุญาตพิจารณาการโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

### 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. ช่องทาง

4.1 การขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ ให้ยื่นเรื่องที่ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

4.2 การตรวจสอบการขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

4.3 การส่งใบอนุญาตที่โอนกิจการสถานพยาบาลให้กับผู้ประกอบการคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

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: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ใน คู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

### 13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

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

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ                     |
|-----|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|------------------------------|
| 1)  | บัตรประจำตัวผู้<br>โอน      | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |
| 2)  | บัตรประจำตัว<br>ผู้รับโอน   | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นเพิ่มเติม                                    | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร                  | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ                     |
|-----|--|---|-----------------------------|----------------------|--------------------|------------------------------|
| 1)  | คำขอโอน<br>ใบอนุญาตให้<br>ประกอบกิจการ<br>สถานพยาบาล<br>(ส.พ.13) | สำนัก<br>สถานพยาบาล<br>และการประกอบ<br>โรคศิลปะ | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -                            |
| 2)  | สำเนาทะเบียน<br>บ้านผู้โอน                                       | -   | 0                           | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |
| 3)  | สำเนาทะเบียน<br>บ้านผู้รับโอน                                    | -   | 0                           | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |
| 4)  | สมุดทะเบียน<br>สถานพยาบาล  | สำนัก<br>สถานพยาบาล                             | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -                            |

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นเพิ่มเติม   | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร                  | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ                                    |
|-----|---|---|-----------------------------|----------------------|--------------------|---|
|     | (ต.พ.8)   | และการประกอบ<br>โรคศิลปะ                        |                             |                      |                    |   |
| 5)  | ใบอนุญาตให้<br>ประกอบกิจการ<br>สถานพยาบาล   | สำนัก<br>สถานพยาบาล<br>และการประกอบ<br>โรคศิลปะ | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -   |
| 6)  | ใบรับรองแพทย์<br>ของผู้รับโอน   | -   | 1                           | 0                    | ฉบับ               | (ใบรับรองแพทย์<br>ออกไว้ไม่เกิน 6<br>เดือน) |
| 7)  | เอกสารที่เป็น<br>หลักฐาน<br>เกี่ยวข้องกับการ<br>โอนกรรมสิทธิ์   | -   | 0                           | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง)                |
| 8)  | สำเนาหนังสือ<br>รับรองการจด<br>ทะเบียน<br>วัตถุประสงค์<br>และผู้มีอำนาจลง<br>ชื่อแทนนิติบุคคล<br>(กรณีผู้รับโอน<br>เป็นนิติบุคคล) | -   | 1                           | 1                    | ฉบับ               | -   |

#### 16. ค่าธรรมเนียม

##### 1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

หมายเหตุ -

#### 17. ช่องทางการร้องเรียน

##### 1) ช่องทางการร้องเรียน ณ จุดยื่นคำขอ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการ

สุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ - สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

- 5) **ช่องทางการร้องเรียน** อีเมล [mrdonline2014@gmail.com](mailto:mrdonline2014@gmail.com)

หมายเหตุ -

- 6) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 0 2193 7999

หมายเหตุ -

- 7) **ช่องทางการร้องเรียน** facebook : สรวัดรสถานพยาบาล Online

หมายเหตุ -

- 8) **ช่องทางการร้องเรียน** ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ ( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / [www.1111.go.th](http://www.1111.go.th) / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

## 18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สพ13

-

## 19. หมายเหตุ

-

|             |                                |
|-------------|--------------------------------|
| วันที่พิมพ์ | 07/07/2558                     |
| สถานะ       | รออนุมัติขั้นที่ 2 โดยสำนักงาน |

|            |                |
|------------|----------------|
|            | ก.พ.ร. (OPDC)  |
| จัดทำโดย   | Sirilak Bunyok |
| อนุมัติโดย | -              |
| เผยแพร่โดย | -              |