

คู่มือสำหรับประชาชน: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย  
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ  
 กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
  - 1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -  
 ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
  - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
  - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 1
  - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน]  
 การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย 21/05/2558 10:39
11. ช่องทางการให้บริการ
  - 1) **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ชั้น 1  
 อาคารคลังพัสตุ ถนนสาธารณสุข 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขโทรศัพท์ 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

ผู้ที่ประสงค์จะประกอบกิจการคลินิก

แทนกรณีผู้รับอนุญาตตายให้ยื่นหนังสือแสดงความจำนงต่อผู้อนุญาตตามแบบคำขอหนังสือแสดงความจำนง

เป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย

(สพ.14) ให้ผู้อนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย

### 2. เงื่อนไข

2.1 การนับระยะเวลา 21 วันทำการในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน

และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้

เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม

โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันที่ยก

มตินั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ

พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบ

อำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน

ผู้มอบอำนาจในวันที่ยกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

### 3.

แบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย

(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/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วัน	สสจ.กาญจนบุรี	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติบันทึกสมุด	14 วันทำการ	สสจ.กาญจนบุรี	-
3)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สสจ.กาญจนบุรี	-
4)	-	ส่งมอบใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)	1 วันทำการ	สสจ.กาญจนบุรี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

## 15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

## 15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	-	0	1	ฉบับ	(1. รับรองสำเนาถูกต้อง 2. กรณีมอบอำนาจต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนามเรียบร้อย ครบถ้วน)
2)	หนังสือรับรองนิติบุคคล	-	0	1	ฉบับ	(สำเนาหนังสือรับรองจดทะเบียนวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล))

## 15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)	บโรคศึลปะ				
2)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศึลปะ	1	0	ฉบับ	-
3)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.8)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศึลปะ	1	0	ฉบับ	-
4)	ทะเบียนบ้าน	-	0	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความจำนงและเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
5)	ใบรับรองแพทย์	-	1	0	ฉบับ	(ของผู้แสดงความจำนงมีอายุไม่เกิน 6 เดือน)
6)	ใบมรณะบัตรของ ผู้รับอนุญาต	-	0	1	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
7)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล	-	1	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความจำนงฉบับสำเนาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
8)	หนังสือมอบอำนาจ	-	1	0	ฉบับ	(กรณีมอบอำนาจหนังสือมอบอำนาจให้ติดอากรแสต

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						มปี )

#### 16. ค่าธรรมเนียม

- 1) ค่าธรรมเนียม 200 บาท  
หมายเหตุ -

#### 17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ช่องทางการร้องเรียน ณ จุดยื่นคำขอ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
หมายเหตุ -
- 2) ช่องทางการร้องเรียน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
หมายเหตุ -
- 3) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
หมายเหตุ -
- 4) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
หมายเหตุ -
- 5) ช่องทางการร้องเรียน อีเมลล์ mrdonline2014@gmail.com  
หมายเหตุ -
- 6) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ 0 2193 7999  
หมายเหตุ -
- 7) ช่องทางการร้องเรียน facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online  
หมายเหตุ -
- 8) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี  
หมายเหตุ ( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

## 18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) 1) หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)

-

## 19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	06/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 2 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	Sirilak Bunyok
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-