



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหนองพอก อ.หนองพอก จ.ร้อยเอ็ด โทร 043579073

ที่ รอ 0032.201/พิเศษ วันที่ 3 มีนาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตนำแนวทางการดำเนินงาน ประกาศเผยแพร่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองพอก

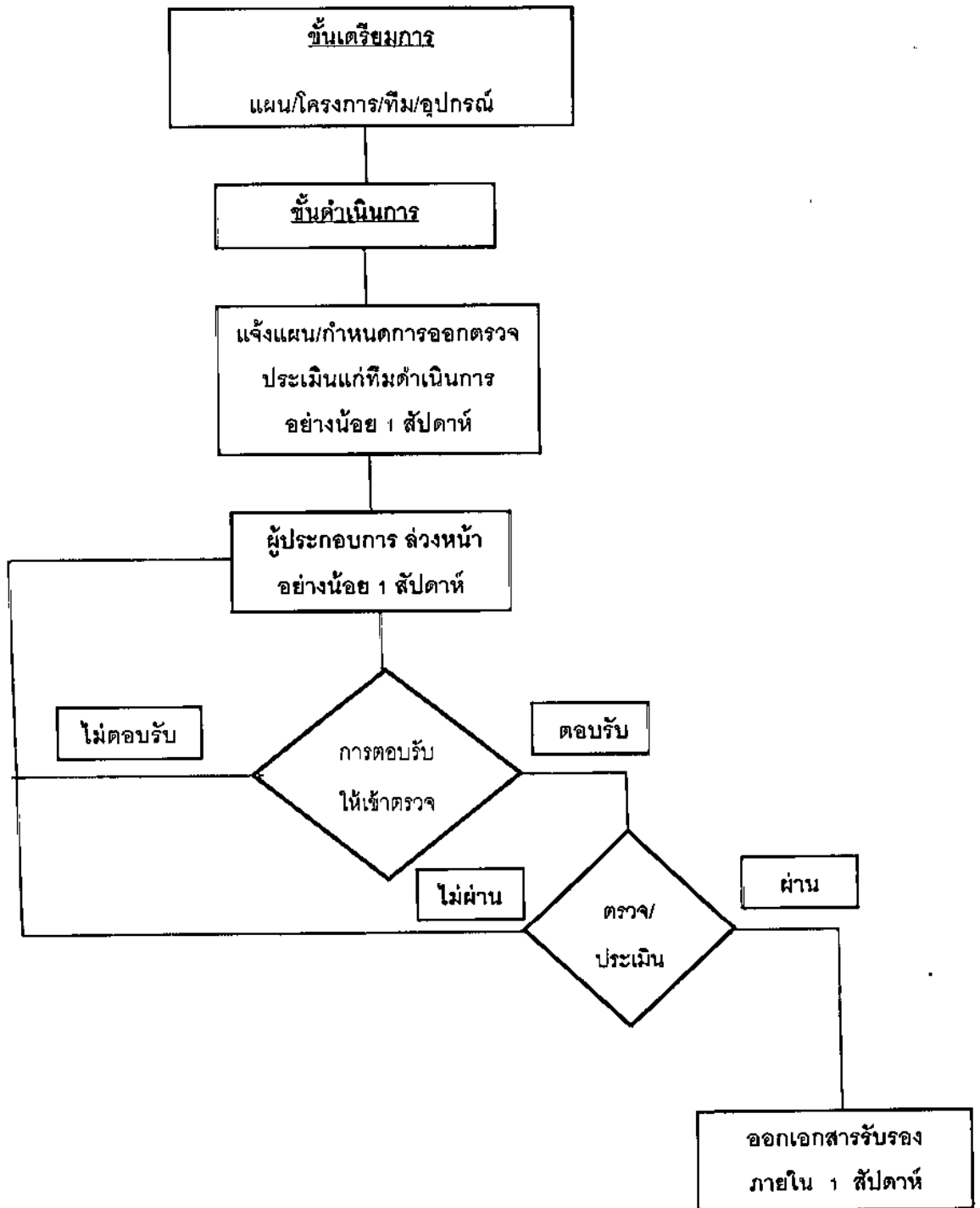
ด้วย โรงพยาบาลหนองพอก มีความประสงค์ขออนุญาต นำแนวทางการดำเนินงาน ประกาศเผยแพร่ทางป้าย  
ประชาสัมพันธ์ และ [www.nongphok.net](http://www.nongphok.net) ของโรงพยาบาลหนองพอก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

(นายสุพะยนต์ ชมภูวณิช)  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญ

(นายพิทักษ์พงศ์ พายุหะ)  
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองพอก

แนวทางการดำเนินงานตรวจสอบสถานพยาบาล โรงพยาบาลหนองพอก



# คู่มือการจัดตั้งสถานพยาบาลแบบไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

โรงพยาบาลหนองพอก

# แนวทางการเปิดคลินิก....

ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ (one stop service center) สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยให้บริการงานทางด้านธุรกรรม ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวยฯ พ.ศ.2551 แบบเบ็ดเสร็จครบวงจร เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการตั้งแต่การรับคำขอ การตรวจสอบหลักฐาน การชำระเงิน และการจ่ายใบอนุญาต ตามวัน เวลา ราชการ (08.30 – 12.00 น. และ 13.00 – 16.30 น.)



## การเปิดสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยค้างคืน (คลินิก)

ผู้ขอรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบกิจการ สามารถขอยื่นเปิดคลินิกตามลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการ ดังนี้

1. คลินิกเวชกรรม ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาในสาขานั้น
3. คลินิกทันตกรรม ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม
4. คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากทันตแพทยสภาในสาขานั้น
5. คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ยกเว้น การทำคลอด
6. คลินิกกายภาพบำบัด ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด
7. คลินิกเทคนิคการแพทย์ ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์
8. คลินิกการแพทย์แผนไทย ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย
9. คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
10. สหคลินิก จัดให้บริการตาม 1 ถึง 9 สองลักษณะขึ้นไป ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพ วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง ที่ให้บริการในสถานพยาบาลนั้น

ลักษณะของสถานพยาบาลตาม 1-10 อาจจัดให้มีบริการการประกอบโรคศิลปะอื่นร่วมด้วยก็ได้ เช่น การแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

**➔ หน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการยื่นขอเปิดคลินิก**

คลินิกที่มีที่ตั้งในเขตกรุงเทพมหานคร ยื่นที่สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข  
 คลินิกที่มีที่ตั้งในส่วนภูมิภาค ยื่นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

**➔ ใครเป็นผู้ยื่นขอเปิดคลินิก**

1. ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

**เอกสารหลักฐาน**

1.1 เอกสารส่วนบุคคล

บุคคลทั่วไป	นิติบุคคล
1. สำเนาบัตรประชาชน	1. เอกสารจดทะเบียนนิติบุคคล และวัตถุประสงค์
2. สำเนาทะเบียนบ้าน	2. สำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจลงนาม
3. ใบรับรองแพทย์	3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีอำนาจลงนาม
	4. ใบรับรองแพทย์ผู้มีอำนาจลงนาม
	<b>หมายเหตุ :</b> ให้ประทับตราบริษัท ที่ลายเซ็นผู้ขอรับอนุญาตในแบบฟอร์มยื่นคำขอ

1.2 เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์

- \* กรณีเป็นกรรมสิทธิ์ของตนเอง - สำเนาสัญญาซื้อขาย สำเนาโฉนด
- \* กรณีเช่า - สำเนาสัญญาเช่า สำเนาบัตรประชาชน  
สำเนาทะเบียนบ้าน และเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ของผู้ให้เช่า
- \* กรณียินยอมให้ใช้พื้นที่ - หนังสือยินยอมจากเจ้าของอาคาร  
สำเนาบัตรประชาชนและเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ของเจ้าของ
- \* สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งคลินิก

1.3 แผนผังภายในคลินิก

1.4 แผนที่ ในการเดินทางไปคลินิก

แบบฟอร์มที่ต้องกรอก

ส.พ.1 ส.พ.2 ส.พ.5

2. ผู้ขอรับใบอนุญาต

ให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เอกสารหลักฐาน

2.1 สำเนาบัตรประชาชน

2.2 สำเนาทะเบียนบ้าน

2.3 ใบรับรองแพทย์

2.4 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

2.5 สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือหนังสือรับรอง

(กรณีคลินิกเฉพาะทาง)

2.6 รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี

2.7 รูปถ่ายขนาด 8 x 13 เซนติเมตร จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี

แบบฟอร์มที่ต้องกรอก

ส.พ.18 ส.พ.6

3. ผู้ประกอบวิชาชีพรวม คือ ผู้ประกอบวิชาชีพ วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง  
ที่ให้บริการในสถานพยาบาลนั้น ตามลักษณะการให้บริการของคลินิก

เอกสารหลักฐาน

3.1 สำเนาบัตรประชาชน

3.2 สำเนาทะเบียนบ้าน

3.3 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

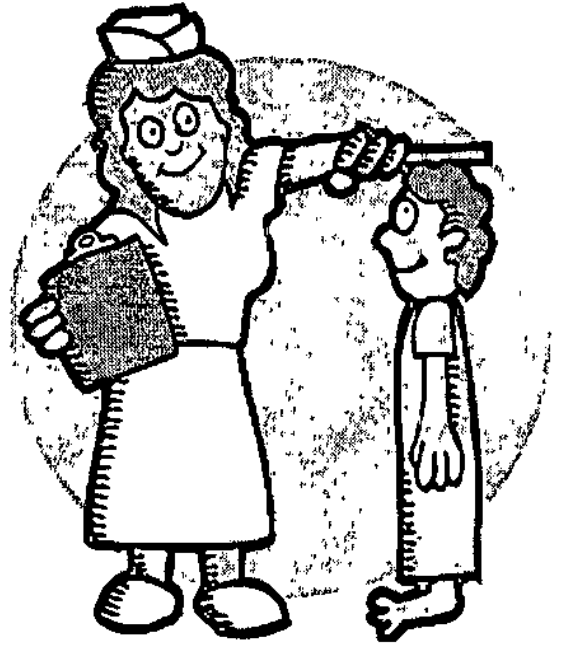
3.4 สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือหนังสือรับรอง

(กรณีคลินิกเฉพาะทาง)

3.5 รูปถ่ายขนาด 8 x 13 เซนติเมตร จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี

แบบฟอร์มที่ต้องกรอก

ส.พ.6 (ไม่ต้องขอแสดงต)



## หมายเหตุ

1. กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการเป็นบุคคลเดียวกัน เอกสารข้อ 2.1 – 2.3 ใช้เพียงชุดเดียว
2. การยื่นขอเปิด ผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ สามารถเขียนใบมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบ / ผู้รับมอบอำนาจ แต่ผู้ขอรับใบอนุญาต ดำเนินการต้องมาแสดงตัวด้วย
3. กรณีคลินิกทันตกรรม ที่มีที่ตั้งในเขตกรุงเทพมหานคร ถ้ามีเครื่องเอกซเรย์ ต้องติดต่อกองรังสีและเครื่องมือแพทย์ โทร. 0 2951 0000 ต่อ 99647

## ➔ เมื่อท่านยื่นเปิดคลินิก

- \* เจ้าหน้าที่จะตรวจเอกสารหลักฐาน พร้อมตรวจความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบฟอร์ม
- \* เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการดำเนินการและข้อมูลการปฏิบัติงาน ของผู้ขอรับใบอนุญาตดำเนินการ และผู้ประกอบวิชาชีพพร้อม
- \* นัดวันตรวจคลินิก ซึ่งเมื่อถึงวันนัดตรวจ คลินิกของท่านต้องเสร็จเรียบร้อย พร้อมให้เจ้าหน้าที่เข้าตรวจ หากท่านไม่สะดวกให้เข้าตรวจตามนัด ท่านจะต้องยื่นหนังสือขอลอนเรื่องและรับเอกสารเดิมคืน และยื่นเรื่องเพื่อเปิดคลินิกใหม่อีกครั้ง

หมายเหตุ ผู้ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ และผู้ดำเนินการ ต้องอยู่ประจำคลินิก ในวันตรวจ ทั้งนี้ ผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสามารถทำหนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นอยู่แทนตัวได้ในกรณีติดภารกิจ

## ➔ สิ่งที่ท่านได้รับกลับในวันยื่นเปิดคลินิก

- \* ใบนัดตรวจ
- \* แบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ หรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ในคลินิก
- \* ใบสมัครเข้ารับบริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ
- \* คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย
- \* ป้ายสอบถามค่ารักษาพยาบาล
- \* บันทึกการตรวจมาตรฐานตามประเภทของคลินิก



ท่านยังไม่มีค่าใช้จ่าย จนกว่าจะมีหนังสือแจ้งให้ท่านมารับใบอนุญาต  
โดยท่านต้อง

- \* ถ่ายรูปป้ายชื่อคลินิก พร้อมเลขที่ใบอนุญาต ที่เห็นได้ชัดเจน
- \* เอกสารหลักฐานเพิ่มเติม ตามที่เจ้าหน้าที่ที่ไปตรวจคลินิกได้แจ้งไว้
- \* หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบ  
กรณีท่านไม่ได้มารับด้วยตนเอง
- \* ชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล  
จำนวน 1,000 บาท
- \* ชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล  
จำนวน 250 บาท



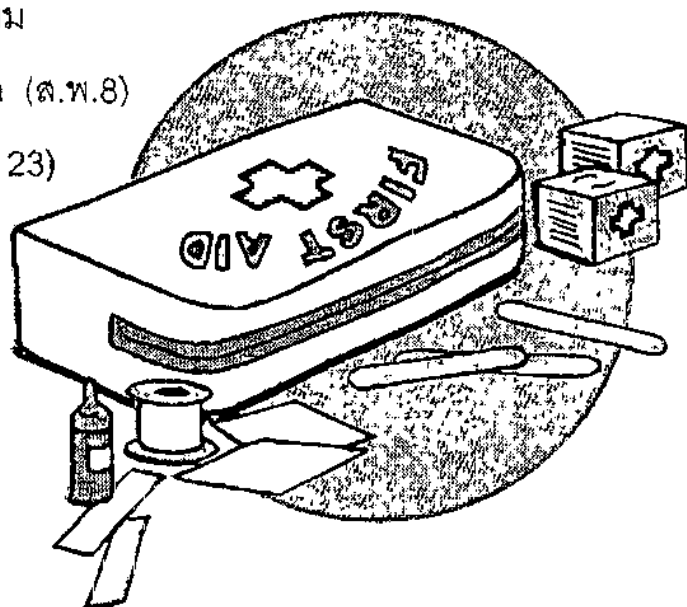
### การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี

เป็นการชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

- \* ชำระทุกปี ในเดือนตุลาคม - ธันวาคม เป็นเงิน 500 บาท
- \* ถ้าเกินกำหนดต้องจ่ายค่าปรับเดือนละ 25 บาท

### เอกสารที่ต้องยื่น

- ◆ แบบฟอร์มชำระค่าธรรมเนียม
- ◆ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)
- ◆ แบบรายงานประจำปี (ส.พ. 23)
- ◆ แบบประเมินมาตรฐาน  
การปฏิบัติตามกฎหมาย  
ว่าด้วยสถานพยาบาล  
ในคลินิกโดยตนเอง



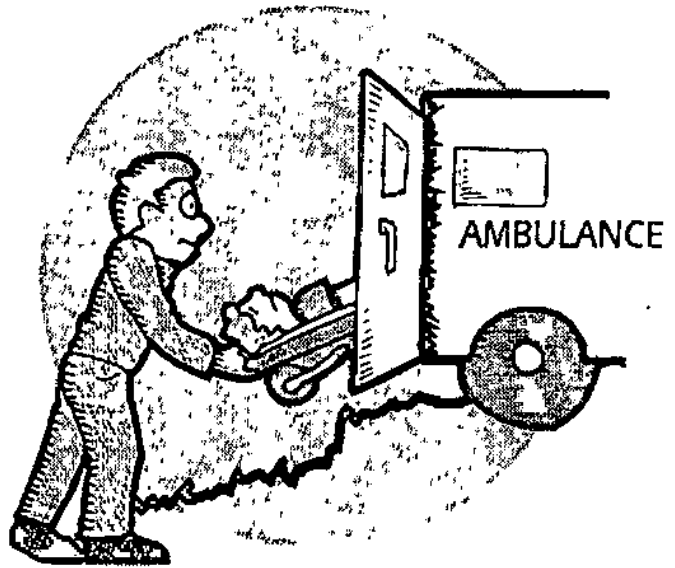


## ➔ การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

- \* ต่ออายุทุก 2 ปี  
(ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต)
- \* ค่าธรรมเนียม 250 บาท

### เอกสารที่ต้องยื่น

- ◆ แบบฟอร์มขอต่ออายุใบอนุญาต (ส.พ.20)
- ◆ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลฉบับจริง (ส.พ.19)
- ◆ ใบรับรองแพทย์
- ◆ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)



## ➔ การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

- \* ต่ออายุทุก 10 ปี  
(ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต)
- \* ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

### เอกสารที่ต้องยื่น

- ◆ แบบฟอร์มขอต่ออายุใบอนุญาต (ส.พ.11)
- ◆ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับจริง (ส.พ.7)
- ◆ สำเนาบัตรประชาชนผู้ประกอบการ
- ◆ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบการ
- ◆ สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งคลินิก
- ◆ ใบรับรองแพทย์

หมายเหตุ ถ้าไม่สามารถมายื่นด้วยตนเอง ให้ทำหนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ



## ชื่อคลินิก

1. คำนำหน้าชื่อ หรือต่อท้ายชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยประเภทและลักษณะของคลินิกที่ขออนุญาต เช่น สมชายคลินิกเวชกรรม หรือ คลินิกเวชกรรมสมชาย

# สมชายคลินิกเวชกรรม

2. ต้องไม่ใช่คำ หรือข้อความที่มีลักษณะชักชวนหรือโอ้อวดเกินจริง หรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการ

3. ไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต หรือพระราชานุญาต

4. คลินิกที่ตั้งภายในอำเภอหรือเขต หรือจังหวัดเดียวกัน จะต้องไม่ใช่ชื่อซ้ำกัน ยกเว้น

- ผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน

- มีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับอนุญาตเดิมให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับ หรือที่ตั้งสถานที่ ต่อท้ายชื่อคลินิก เช่น คลินิกเวชกรรมสมชาย สาขาลาดพร้าว หรือคลินิกเวชกรรมสมชาย สาขา 2



## สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ  
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

โทร. 0 2591 8844 ต่อ 717 - 719

<http://mrd.go.th>

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล  
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

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

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

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

และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

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

เป็นนิตินบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ ..... เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

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

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

คลินิกเวชกรรม

คลินิกทันตกรรม

คลินิกเฉพาะทาง  ด้านเวชกรรม  ด้านทันตกรรม  ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

คลินิกกายภาพบำบัด

คลินิกเทคนิคการแพทย์

คลินิกการแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทยประยุกต์

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ  กิจกรรมบำบัด  การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก  รังสีเทคนิค  จิตวิทยาคลินิก  กายอุปกรณ์

การแพทย์แผนจีน  อื่น ๆ

สหคลินิก ประกอบด้วย .....

๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย .....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำ ขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำนวน ..... ฉบับ คือ

- |  |  |
|--|--|
| แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล   | แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง |
| แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล  | โน้ตบริเวณใกล้เคียง                            |
| สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต  | สำเนาบัตรประจำตัว                              |
| สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล   |  |
| ใบรับรองแพทย์  |  |
| สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) |  |
| สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล  |  |
| อื่น ๆ.....  |  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
( ..... )

- หมายเหตุ
1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
  2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้ยื่นคำดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ



### ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่ (ใบอนุญาตเดิมเลขที่ )

### ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภท .....  
ลักษณะสถานพยาบาล ..... จำนวนเตียง ..... เตียง  
ณ สถานพยาบาลชื่อ.....  
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
วัน/เวลาเปิดทำการ.....  
.....  
บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....  
.....  
.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาล  
ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

ผู้อนุญาต

#### คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงประกอบกิจการสถาน  
พยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกิน  
หกหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสິงของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๔๗ แห่ง  
พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องมาชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี  
ภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ของทุกปี หากไม่ชำระภายในกำหนด จะต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละห้าต่อเดือน และอาจถูกปิดสถานพยาบาล  
ได้ตามมาตรา ๔๙ และมาตรา ๕๐

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับ

หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

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

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิตินุบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

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

และ (๒) .....เลขประจำตัว 

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

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง  
ลักษณะของสถานพยาบาล .....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

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

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

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

๒. มีความประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล เนื่องจาก .....

ทั้งนี้ตั้งแต่ ..... เป็นต้นไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องจัดทำรายงานการดำเนินการ ดังต่อไปนี้แนบมาด้วย คือ

- รายงานขอดผู้ป่วยที่ค้างค้างอยู่ในสถานพยาบาลและแผนการดำเนินการต่อผู้ป่วยที่ยังคงค้างอยู่หลังจากเลิกกิจการสถานพยาบาล
- รายงานการประกาศแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลทางหนังสือพิมพ์และหรือสื่ออื่น ๆ ที่แพร่หลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมาขอรับเวชระเบียน फिल्मเอกซเรย์ และอื่น ๆ
- รายงานการจำหน่ายเวชระเบียน फिल्मเอกซเรย์ และอื่น ๆ ที่ยังไม่มีผู้มาขอรับ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต  
( ..... )

รับทราบ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต  
( ..... )

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ  
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ..... ผู้รับค่าขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. เจ้าของ

๑.๑. ชื่อ.....เลขประจำตัว 

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

สัญชาติ.....อายุ.....ปีอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก

๑.๒. นิติบุคคล.....

โดย (๑).....เลขประจำตัว 

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

(๒).....เลขประจำตัว 

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

เป็นนิติบุคคลประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ.....เลขทะเบียน.....

๑.๓.มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ความใบอนุญาตที่.....ออกให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

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

ขอต่ออายุใบอนุญาต(ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ ครั้งที่.....)

พร้อมกับค่าขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

สำเนาบัตรประจำตัว  ใบรับรองแพทย์

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต  สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการการสถานพยาบาล

หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติ

สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑

สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลงมือชื่อ).....ผู้ยื่นค่าขอ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนา

บัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ