* **ขอรับใบดำเนินการ**
* **ขอเปลี่ยนผู้ดำเนินการ**

**แบบตรวจสอบคำขอและเอกสารหลักฐานพร้อมบันทึกข้อบกพร่อง**

**เรื่อง ขอรับใบดำเนินการ หรือ ขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก**

**ขั้นตอนที่ 1 ยื่นคำขอที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข** วันที่. ..................................................

**ขั้นตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อสถานพยาบาล ...........................................................................................................................................................

ชื่อ-สกุลผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ..................................................................................................................................

โทรศัพท์............................................................................................................................................................................

**ขั้นตอนที่ 3 จัดเรียงเอกสารตามรายการดังต่อไปนี้ และตรวจสอบ โดยการทำเครื่องหมาย 🗸 กรณี มี**

**หรือเครื่องหมาย 🗴 กรณี ไม่มี หรือ เครื่องหมาย –----- กรณีไม่จำเป็นต้องมี**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการเอกสาร** | **จำนวน (ฉบับ)** | | | **ผปก.ประเมิน (มี/ไม่มี)** | **จนท.ประเมิน (มี/ไม่มี)** | **หมายเหตุ** |
| **คำขอและหลักฐาน** | | | | | | | |
| 1 | คำขอรับใบอนุญาตดำเนินการ /คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ สพ. ( ส.พ.18) | | 1 |  | |  | กรอกข้อมูลครบถ้วน พร้อมลงชื่อ |
| 2 | หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ( ส.พ.6) | | 1 |  | |  | กรอกข้อมูลครบถ้วน พร้อมลงชื่อ |
| 3 | สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ดำเนินการ | | 1 |  | |  | รับรองสำเนาถูกต้อง |
| 4 | สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ | | 1 |  | |  | รับรองสำเนาถูกต้อง |
| 5 | ใบรับรองแพทย์ผู้ดำเนินการ | | 1 |  | |  | ไม่เกิน 6 เดือนนับแต่วันยื่นคำขอ |
| 6 | สำเนาใบประกอบวิชาชีพ | | 1 |  | |  | รับรองสำเนาถูกต้อง (นำฉบับจริงมาแสดงด้วย) |
| 7 | สำเนาวุฒิบัตร (กรณีเฉพาะทาง) | | 1 |  | |  | รับรองสำเนาถูกต้อง |
| 8 | สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) | | 1 |  | |  | กรณี ชื่อ-นามสกุล ไม่ตรงกับ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ |
| 9 | สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) | | 1 |  | |  | กรณีคำนำหน้า หรือนามสกุล ไม่ตรงกับสำเนาใบประกอบวิชาชีพ |
| 10 | รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 1 นิ้ว | | 3 |  | |  | ภาพสี /ไม่สวมแว่นดำ /ใส่ชุดสุภาพ |
| 11 | รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 8 X 13 ซม. | | 1 |  | |  | ภาพสี /ไม่สวมแว่นดำ /ใส่ชุดสุภาพ |
| 12 | คำรับรองของผู้ดำเนินการ สพ. | | 1 |  | |  | กรณีผู้ดำเนินการทะเบียนบ้านไม่ได้อยู่ในจังหวัดระยอง |
| **ลำดับ** | **รายการเอกสาร** | **จำนวน (ฉบับ)** | | | **ผปก.ประเมิน (มี/ไม่มี)** | **จนท.ประเมิน (มี/ไม่มี)** | **หมายเหตุ** |
| **กรณีผู้รับอนุญาต มอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารแทน** | | | | | | | |
| 13 | หนังสือมอบอำนาจ | 1 | | |  |  | ระบุขอบเขตในการมอบอำนาจ  ติดอากรแสตมป์ 10 บาท |
|  | 14.1 สำเนาบัตรประจำประชาชนผู้มอบ | 1 | | |  |  | รับรองสำเนาถูกต้อง  (กรณี นิติบุคคล ต้องลงนามโดยผู้มีอำนาจ/ตราประทับ) |
|  | 14.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ | 1 | | |  |  | รับรองสำเนาถูกต้อง |
| 14 | ผู้ดำเนินการ |  | | |  |  | ผู้ดำเนินการ มาแสดงตัวต่อเจ้าหน้าที่ |
| **กรณีเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ** | | | | | | | |
| 15 | หนังสือขอแจ้งเลิกดำเนินการ (สพ.17) **ของผู้ดำเนินการคนเดิม** | 1 | | |  |  | ผู้ดำเนินการคนเดิม กรอกข้อมูลครบถ้วน |
| 16 | ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19) ฉบับเดิม | 1 | | |  |  | หากสูญหายให้ยื่นใบแจ้งความ |
| 17 | สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ฯ (สพ.8) (สมุดเขียว) | 1 | | |  |  | หากสูญหายให้ยื่นใบแจ้งความ  และขอใหม่ |
| 18 | แบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดของ ผู้ประกอบวิชาชีพ /ผู้ประกอบโรคศิลปะ (ป้ายสีน้ำเงิน) **ของผู้ดำเนินการคนเดิม** | 1 | | |  |  | หากสูญหายให้ยื่นใบแจ้งความ |
| 19 | ในแจ้งความ (กรณีเอกสารสูญหาย) | 1 | | |  |  |  |

**ขั้นตอนที่ 4 ผลการตรวจสอบเอกสาร**

|  |  |
| --- | --- |
| **สำหรับผู้ประกอบการ** | **สำหรับเจ้าหน้าที่** |
| 🗆 รับคำขอ เพื่อดำเนินการต่อไป  🗆 รับคำขอ มีเงื่อนไขให้ยื่นเอสารเพิ่ม ภายใน....................................  🗆 ไม่รับคำขอ เนื่องจากเอกสารไม่ครบ  ลงชื่อ...............................................................................................  (ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) | 🗆 รับคำขอ เพื่อดำเนินการต่อไป  🗆 รับคำขอ มีเงื่อนไขให้ยื่นเอสารเพิ่ม  🗆 ไม่รับคำขอ เนื่องจากเอกสารไม่ครบ  ลงชื่อ....................................................................................  (เจ้าหน้าที่) |
| ยื่นคำขอและเอกสาร ครั้งที่ 2  🗆 รับคำขอ เพื่อดำเนินการต่อไป  🗆 ไม่รับคำขอ เนื่องจากเอกสารไม่ครบ  ลงชื่อ...............................................................................................  (ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) | ยื่นคำขอและเอกสาร ครั้งที่ 2  🗆 รับคำขอ เพื่อดำเนินการต่อไป  🗆 ไม่รับคำขอ เนื่องจากเอกสารไม่ครบ  ลงชื่อ.........................................................................  (เจ้าหน้าที่) |