**แบบตรวจสอบคำขอและเอกสารหลักฐาน**

**เรื่อง แจ้งประกอบกิจการสถานพยาบาลอื่น ซึ่งได้รับการยกเว้น**

**ไม่ต้องอยู่ในบังคับ ตามกฏหมายว่าด้วยสถานพยาบาล**

**ขั้นตอนที่ 1** ยื่นเอกสารที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.ระยอง วันที่..........................................................

**ขั้นตอนที่ 2** ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุลผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ .

ชื่อสถานประกอบการ .

โทรศัพท์ E-mail .

**ขั้นตอนที่ 3 จัดเรียงเอกสารและตรวจสอบ เอกสาร โดยทำเครื่องหมาย 🗸 กรณี มี หรือเครื่องหมาย 🗴 กรณี ไม่มี**

 **หรือ เครื่องหมาย –--------- กรณีไม่จำเป็นต้องมี**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการเอกสาร** | **จำนวน (ฉบับ)** | **ตรวจสอบเอกสาร (มี/ไม่มี)** | **จนท.ประเมิน (มี/ไม่มี)** | **หมายเหตุ** |
| 1. **แจ้งห้องพยาบาลในสถานประกอบการ**
 |
|  | แบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาล ซึ่งไม่อยู่ในบังคับ (สพ.อ.1) |  |   |  | ระบุข้อมูลให้ครบถ้วนกรณีนิติบุคคล (ลงนาม+ตราประทับตรา ตามเงื่อนไข ที่กำหนด ) |
|  | หนังสือรับรองบริษัท  | 1 |  |  |
|  | หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี) | 1 |  |  | ติดอากรแสตมป์ 30 บาท |
|  | สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ | 1 |  |  | กรณีผู้มีมอบอำนาจเป็นชาวต่างชาติ ให้ใช้ สำเนา passport หรือ work permit |
|  | สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ | 1 |  |  |  |
|  | แผนที่ไปบริษัท | 1 |  |  |  |
|  | แผนผังที่ตั้งห้องพยาบาล | 1 |  |  | แสดงตำแหน่งของห้องพยาบาลในผัง |
| 1. **แจ้ง วัน เวลา สถานที่ ของสถานพยาบาลที่ใช้ยานพาหนะออกไปให้บริการเคลื่อนที่ (ไม่คิดค่าใช้จ่าย หรือเป็นองค์กรการกุศล)**
 |
| 1 | แบบแจ้งวัน เวลา สถานที่ฯ ของสถานพยาบาลซึ่งไม่อยู่ในบังคับ (สพ.อ.3) |  |  |  | กรณีนิติบุคคล (ลงนาม+ตราประทับตรา โดยกรรรมการบริษัท หรือ ผู้รับอนุญาต) |
| 2 | สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7) ที่ยื่นออกให้บริการ | 1 |  |  |
| 3 | หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)  | 1 |  |  | ติดอากรแสตมป์ 30 บาท |
| 4 | สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ  | 1 |  |  |  |
| 5 | สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ | 1 |  |  |  |
| 6 | สำเนาทะเบียนรถพยาบาลเคลื่อนที่ (ที่ออกให้บริการ) | 1 |  |  |  |
| 7 | สำเนาใบรับแจ้งครอบครองเครื่องกำเนิดรังสี  | 1 |  |  | กรณี มีให้บริการเอกซเรย์ ปอด |

|  |
| --- |
| 1. **แจ้ง วัน เวลา สถานที่ ของสถานพยาบาล ที่ออกไปให้บริการเคลื่อนที่ (ตามสัญญาประกันสุขภาพของหน่วยงาน)**
 |
| **ลำดับ** | **รายการเอกสาร** | **จำนวน (ฉบับ)** | **ผปก.ประเมิน (มี/ไม่มี)** | **จนท.ประเมิน (มี/ไม่มี)** | **หมายเหตุ** |
| 1 | แบบแจ้งวัน เวลา สถานที่ฯ ของสถานพยาบาลซึ่งไม่อยู่ในบังคับ (สพ.อ.4)  |  |  |  | กรณีนิติบุคคล (ลงนาม+ตราประทับตรา โดยกรรรมการบริษัท หรือ ผู้รับอนุญาต) |
| 2 | สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7) ที่ยื่นออกให้บริการ | 1 |  |  |
| 3 | หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี) | 1 |  |  | ติดอากรแสตมป์ 30 บาท |
| 4 | สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ  | 1 |  |  |  |
| 5 | สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ | 1 |  |  |  |
| 6 | สำเนาหนังสือสัญญาประกันสุขภาพระหว่างหน่วยงาน | 1 |  |  | ตรวจสอบข้อมูล ในสัญญากับแบบแจ้ง ให้ตรงกัน |
| 7 | สำเนาทะเบียนรถพยาบาลเคลื่อนที่ (ที่ออกให้บริการ) | 1 |  |  |  |
| 7 | สำเนาใบรับแจ้งครอบครองเครื่องกำเนิดรังสี  | 1 |  |  | กรณี มีให้บริการเอกซเรย์ ปอด |
|  |  |  |  |  |  |
| **หมายเหตุ เอกสารของผู้ประกอบวิชาชีพ / ผู้ประกอบโรคศิลปะ ยื่นประกอบการขออนุญาต ในหัวช้อ 1-3** |
| 1 | สำเนาบัตรประชาชน ของทุกคน | 1 |  |  |  |
| 2 | สำเนาใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกอบโรคศิลปะ ของทุกคน | 1 |  |  |  |
| 3 | สำเนาวุฒิบัตร /อนุมัติบัตร (กรณีเฉพาะทาง) | 1 |  |  |  |
| 4 | สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-สกุล /ทะเบียนสมรส | 1 |  |  | กรณีชื่อไม่ตรงกับสำเนาใบประกอบวิชาชีพ |

**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) |