**แบบตรวจสอบคำขอและเอกสารหลักฐานพร้อมบันทึกข้อบกพร่อง**

**เรื่อง ขออนุมัติโฆษณา หรือ ประกาศ เกี่ยวกับสถานพยาบาล**

 **…………………………………………………………………..**

**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**  | **ผปก.ประเมิน (มี/ไม่มี)** | **จนท.ประเมิน (มี/ไม่มี)** | **หมายเหตุ** |
|  | ใบคำขออนุมัติโฆษณา หรือ ประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล | 1 |   |  | กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน ถูกต้อง  |
|  | สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7) | 1 |  |  | ผู้รับอนุญาต ลงนามรับรองเอกสาร |
|  | สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขออนุมัติโฆษณา  | 1 |  |  | ลงนามรับรองเอกสาร  |
| **กรณีผู้ยื่นคำขออนุมัติฯ เป็น นิติบุคคล** |
| 4 | หนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล  | 1 |  |  | ลงนามตามเงื่อนไขที่บริษัทกำหนด |
| 5 | หนังสือมอบอำนาจ  | 1 |  |  | ติดอากรแสตมป์ 10 หรือ 30 บาท แล้วแต่กรณี  |
| 6 | สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ | 1 |  |  | ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง |
| 7 | สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ | 1 |  |  | ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง |
| **ตัวอย่างข้อความและรูปภาพการโฆษณา** |
| 8 | ตัวอย่างข้อความ/เสียงโฆษณา /รูปภาพประกอบการโฆษณา  | 2 |  |  | พิมพ์ข้อความลงในกระดาษ ขนาด A4-โฆษณาทางสื่อวิทยุ/เครื่องขยายเสียง ให้พิมพ์เนื้อหา ลงในกระดาษ และระบุ เวลา (วินาที)-โฆษณา ทางสื่ออินเตอร์เน็ต /FB /line ให้ยื่นตัวอย่าง อย่างน้อยหน้าแรก  |
| 9 | เอกสารอ้างอิง ประกอบการใช้ข้อความโฆษณา (ถ้ามี) | 1 |  |  | คุณวุฒิ หรือเอกสารรับรองความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ ,การบริการทางการแพทย์ที่มี เช่น เอกสารเครื่องมือแพทย์ ใบรับแจ้งเครื่องเอ็กซเรย์  |

**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) |

|  |
| --- |
| **สรุปสำหรับเจ้าหน้าที่**เป็นการขออนุมัติโฆษณา หรือ ประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล  🗆 ประเภท 1 (ค่าคำขอ รูปภาพ/ข้อความ อัตรา 500 บาท/A4 หรือ ไฟล์ภาพ หรือ เสียง อัตรา 50 บาท/วินาที) 🗆 ประเภท 2 (ค่าคำขอ รูปภาพ/ข้อความ อัตรา 1,000 บาท/A4 หรือ ไฟล์ภาพ หรือ เสียง อัตรา 100 บาท/วินาที)🗆 ผู้ยื่นคำขอชำระเงินค่าพิจารณา ตรวจข้อความ ภาพ ในการโฆษณา ฯ เป็นเงิน......................................บาท  ใบสำคัญรับเงิน เลขที่ ………………/……………………. ลงวันที่..............................................................**หมายเหตุ ข้าพเจ้ารับทราบ ว่ากรณีเงินค่าธรรมเนียมในการตรวจข้อความ ภาพและเสียงในการโฆษณาฯ ดังกล่าว เป็นการชำระเพื่อยื่นขออนุมัติฯ กรณีไม่ได้รับการอนุมัติการโฆษณา จะไม่ได้รับเงินดังกล่าวคืน**ลงชื่อ................................................................ ลงชื่อ.................................................................... (ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (เจ้าหน้าที่) |