

คู่มือสำหรับประชาชน: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  
กระทรวง:กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
  - ๑) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่๓) พ.ศ.๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑
๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดสระแก้ว
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ    ๐ นาที
๙. ข้อมูลสถิติ
  - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน -
  - จำนวนค่าขอที่มากที่สุด -
  - จำนวนค่าขอที่น้อยที่สุด -
๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก  
กรณีผู้รับอนุญาตตาย ๒๑/๐๕/๒๕๕๘ ๑๐:๓๙
๑๑. ช่องทางการให้บริการ
  - ๑) สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ(OSSC) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัด  
สระแก้ว ๒๗๐๐๐ เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ ต่อ ๑๐๓ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา  
๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)  
หมายเหตุ -
๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต  
ผู้ที่ประสงค์จะประกอบกิจการคลินิก แทนกรณีผู้รับอนุญาตตายให้ยื่นหนังสือแสดงความจำนงต่อผู้อนุญาตตามแบบคำขอ  
หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.๑๔)ให้ผู้อนุญาต  
ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย  
เงื่อนไข  
๑. การนับระยะเวลา ๒๒ วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน  
ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะ  
วิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การ  
ก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
๒. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตร

ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

แบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.๑๔)

รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประชาชน
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน
๓. สำเนาใบมรณะบัตรของผู้อนุญาต
๔. ใบรับรองแพทย์
๕. ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
๖. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
๗. สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
๘. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

#### ๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	๑ วัน	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-
๒)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติ บันทึกสมุด	๑๕ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-
๓)	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนาม	๕ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-
๔)	-	ส่งมอบใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๗)	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๒๒ วันทำการ

#### ๑๔. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

## ๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

## ๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัว ประชาชน	-	๐	๑	ฉบับ	(๑. รับรองสำเนา ถูกต้อง ๒. กรณีมอบอำนาจ ต้องมีสำเนาบัตร ประชาชนของผู้ มอบอำนาจ(ผู้มี อำนาจลงชื่อแทน นิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบ อำนาจที่ลงนาม เรียบร้อย ครบถ้วน)
๒)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	-	๐	๑	ฉบับ	(สำเนาหนังสือ รับรองจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และ ผู้มีอำนาจลงชื่อ แทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติ บุคคล))

## ๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	หนังสือแสดง ความจำเป็น ผู้รับใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล กรณีผู้รับอนุญาต ตาย (สพ.๑๔)	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข	๑	๐	ฉบับ	-
๒)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภค และเภสัช	๑	๐	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	สถานพยาบาล (สพ.๗)	สาธารณสุข				
๓)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สพ.๘)	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข	๑	๐	ฉบับ	-
๔)	ทะเบียนบ้าน	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนง และเซ็น รับรองสำเนา ถูกต้อง)
๕)	ใบรับรองแพทย์	-	๑	๐	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนง มีอายุไม่เกิน ๖ เดือน)
๖)	ใบมรณะบัตรของ ผู้รับอนุญาต	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
๗)	เอกสารแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล	-	๑	๑	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนง ฉบับสำเนา เซ็นรับรองสำเนา ถูกต้อง)
๘)	หนังสือมอบ อำนาจ	-	๑	๐	ฉบับ	(กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบอำนาจ ให้ติดอากร แสตมป์)

#### ๑๖. ค่าธรรมเนียม

- ค่าธรรมเนียมการเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต ครั้งละ ๑๐๐ บาท
- ค่าธรรมเนียมใบแทนใบอนุญาต ฉบับละ ๒๐๐ บาท

หมายเหตุ -

#### ๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) **ช่องทางการร้องเรียน** ณ จุดยื่นคำขอ **สถานที่** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

หมายเหตุ -

- ๒) **ช่องทางการร้องเรียน** กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

หมายเหตุ -

- ๓) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ - **สถานที่** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ศูนย์ราชการจังหวัดสระแก้ว ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ๒๗๐๐๐

หมายเหตุ -

- ๔) ช่องทางการร้องเรียน ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์  
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

หมายเหตุ -

- ๕) ช่องทางการร้องเรียน อีเมล mrdonline๒๐๑๔@gmail.com

หมายเหตุ -

- ๖) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ ต่อ ๑๐๓

หมายเหตุ -

- ๗) ช่องทางการร้องเรียน facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online

หมายเหตุ -

- ๘) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ ( เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th /  
ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐)

#### ๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- ๑) หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.๑๔)

-

#### ๑๙. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	09/09/2558
สถานะ	คู่มือประชาชนอยู่ระหว่างการจัดทำ / แก้ไข (User)
จัดทำโดย	จันทน์ สัตย์รุ่งเรือง
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-