

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อาคาร 2 ชั้น 1 โทรศัพท์ 0 4526 2699 , 0 45262 692-8 ต่อ 1000 , 3220 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
 - 1.หลักเกณฑ์
มาตรา 40กำหนดให้ผู้ที่รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารใหม่ หรือดัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้กระทำได้เมื่อได้รับอนุญาต

1. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
2. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงกิจการที่แตกต่างในการประกอบกิจการคลินิก

3. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

2. วิธีการ

1. การขออนุญาตเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก ให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

3. การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิกในจังหวัดอุบลราชธานี ให้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

3. เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 67 วันทำการ "ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันทัก มี ฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ";

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในวันทักให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

4. แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.16)

1. กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการ
- 2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ
- 3) หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่าหรือสำเนาโฉนด)
- 4) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 5) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง
- 6) แผนผังแสดงลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม
- 7) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 8) ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.6 พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป (กรณีเพิ่มบริการ)

- 9) สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ
2. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้
 - 1) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
 - 2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
 - 3) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
 - 4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
 - 5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ

1. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ
2. สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท
3. กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้มีอำนาจอนุมัติ/อนุญาตเป็นไปตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1498/2555 เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (อาศัยอำนาจตาม ความในมาตรา 4)

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี	-
2)	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	60 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี	-
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	5 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 67 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
2)	บัตรประชาชนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3)	บัตรประจำตัวของผู้มอบอำนาจ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4)	บัตรประจำตัวของผู้รับมอบอำนาจ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	ทะเบียนบ้านผู้ ประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลง นาม	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
2)	ทะเบียนบ้าน ผู้ประกอบการ	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
3)	คำขอ เปลี่ยนแปลงการ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล ส.พ.16	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี	1	0	ฉบับ	-
4)	แผนที่แสดงที่ตั้ง ของ สถานพยาบาล และอาคาร ใกล้เคียง	-	1	0	ฉบับ	-
5)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี	1	0	ฉบับ	-
6)	ใบแสดงความ จำนงเป็น ผู้ประกอบการ ตามแบบ ส.พ.6	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี	1	0	ฉบับ	-
7)	รูปถ่ายของ ผู้ประกอบการ ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี (กรณีเพิ่ม	-	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	บริการ)					
8)	สำเนาหนังสือ รับรองการจด ทะเบียนมี วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลง นามแทนนิติ บุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
9)	ใบรับรองแพทย์ ผู้แทนนิติบุคคลที่ มีอำนาจลงนาม และผูกพันบริษัท	-	1	0	ฉบับ	-
10)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี	1	0	ฉบับ	-
11)	แผนผังแสดง ลักษณะภายใน อาคารส่วนที่ เปลี่ยนแปลงหรือ เพิ่มเติม	-	1	0	ฉบับ	-
12)	หลักฐานแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล (สำเนาสัญญา เช่าหรือหรือ สำเนาโฉนด) (สำเนา 1 ฉบับ) (เซ็นรับรอง สำเนาถูกต้อง)	-	1	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
13)	เอกสารอื่นๆ (ฉบับจริง 1 ฉบับ / สำเนา 1 ฉบับ) (1) ภาพถ่าย สถานพยาบาลที่ มีการ เปลี่ยนแปลง (ฉบับจริง) 2) ทะเบียนบ้านของ สถานพยาบาล (ฉบับสำเนา ลง นามรับรอง สำเนาถูกต้อง) 3) เอกสารการขึ้น ทะเบียน เครื่องมือแพทย์ (ฉบับสำเนา ลง นามรับรอง สำเนาถูกต้อง) 4) กรณีมีการมอบ อำนาจ มีเอกสาร ดังนี้ หนังสือมอบ อำนาจพร้อม เอกสารของผู้ มอบอำนาจและ ผู้รับมอบอำนาจ)	-	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

- 1) การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ / ส่วนภูมิภาค กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4526 2699 , 0 45262 692-8 ต่อ 1000 , 3220 E-mail : fdapv34@fda.moph.go.th

หมายเหตุ -

- 2) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงานส่วนกลาง สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2193 7999 E-mail : mrdonline2014@gmail.com Facebook : สรรวัตสถานพยาบาล Online

หมายเหตุ -

- 3) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2590-1000 โทรสาร. 0-2590-1174 E-mail : webops@moph.mail.go.th

หมายเหตุ -

- 4) **ช่องทางการร้องเรียน** ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.16)

-

19. หมายเหตุ

-