

2. กรณีเป็นนิติบุคคลมีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

- 1) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนและผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
- 2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 3) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 4) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ

1. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ
2. สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท
3. กรณีมีการมอบอำนาจมีเอกสารได้แก่หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ช่องทางการให้บริการ

| สถานที่ให้บริการ | ระยะเวลาเปิดให้บริการ |
|---|---|
| <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center : OSSC) ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4526 2699, 0 4526 2692-8 ต่อ 1000, 3220/ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน</p> | <p>เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง 12.00 – 13.00 น.)</p> |

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 67 วันทำการ

| ลำดับ | ขั้นตอน | ระยะเวลา | ส่วนที่รับผิดชอบ |
|-------|---|-------------|--|
| 1) | <p>การตรวจสอบเอกสาร</p> <p>1. ผู้ประกอบการยื่นคำขอพร้อมลงลายมือชื่อไว้ในส่วนของผู้ยื่นคำขอ</p> <p>2. เจ้าหน้าที่รับคำขอตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของคำขอและเอกสารประกอบคำขอ</p> <p>3. เจ้าหน้าที่บันทึกการรับคำขอ</p> <p>(หมายเหตุ: -)</p> | 1 วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี |
| 2) | <p>การพิจารณา</p> <p>1. พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก</p> <p>2. เจ้าหน้าที่พิจารณาจัดทำใบอนุญาตและลงข้อมูลในระบบสารสนเทศ</p> | 60 วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี |

| ลำดับ | ขั้นตอน | ระยะเวลา | ส่วนที่รับผิดชอบ |
|-------|---|------------|---|
| | สถานพยาบาล (หมายเหตุ: -) | | |
| 3) | การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต (หมายเหตุ: -) | 5 วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี |
| 4) | - แจ้งผลการพิจารณา/ส่งมอบใบอนุญาตให้ผู้ยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -) | 1 วันทำการ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี |

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

| ลำดับ | ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร |
|-------|--|---|
| 1) | บัตรประจำตัวประชาชนผู้ประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) | กรมการปกครอง |
| 2) | บัตรประจำตัวประชาชนผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) | กรมการปกครอง |
| 3) | บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) | กรมการปกครอง |
| 4) | บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) | กรมการปกครอง |
| 5) | ทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) | กรมการปกครอง |
| 6) | ทะเบียนบ้านผู้ปฏิบัติงาน ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) | กรมการปกครอง |
| 7) | คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาลส.พ.16 ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ |

| ลำดับ | ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร |
|-------|--|---|
| 8) | แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | - |
| 9) | ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ |
| 10) | ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบส.พ.6 ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ |
| 11) | รูปถ่ายของผู้ปฏิบัติงานขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูปถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี (กรณีเพิ่มบริการ) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | - |
| 12) | สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนมีวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงนามแทน นิติบุคคล ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) | กรมพัฒนาธุรกิจการค้า |
| 13) | ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจลงนามและผูกพันบริษัท ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | - |
| 14) | สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ8) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ |
| 15) | แผนผังแสดงลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | - |
| 16) | หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่าหรือหรือสำเนา โฉนด) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) | - |

| ลำดับ | ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร |
|-------|--|----------------------------|
| 17) | เอกสารอื่นๆ (ฉบับจริง 1 ฉบับ / สำเนา 1 ฉบับ) (1) ภาพถ่ายสถานพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลง (ฉบับจริง) 2) ทะเบียนบ้านของสถานพยาบาล (ฉบับสำเนา_ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) 3) เอกสารการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ฉบับสำเนา_ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) 4) กรณีมีการมอบอำนาจมีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ- | - |

ค่าธรรมเนียม

| ลำดับ | รายละเอียดค่าธรรมเนียม | ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ) |
|-------|--|-----------------------------|
| 1) | การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก (หมายเหตุ: -) | ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท |

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

| | ช่องทางการร้องเรียน แนะนำ บริการ |
|----|---|
| 1) | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4526 2699, 0 4526 2692-8 ต่อ 1000, 3220 E-mail : fdapv34@fda.moph.go.th |
| 2) | ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ชั้น 1 อาคาร 1 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์หมายเลข 0 2590 7354 -55 โทรสาร 0 2590 1556 E-mail: 1556@fda.moph.go.th สายด่วน 1556 สำนักอาหาร โทร. 02-590-7320 |
| 3) | 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) |

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

| ลำดับ | ชื่อแบบฟอร์ม |
|-------|---|
| 1) | แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบสพ.16) (หมายเหตุ: -) |

หมายเหตุ

-

| |
|--------------------------------|
| ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ |
|--------------------------------|

ชื่อกระบวนงาน: การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนงาน: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

ประเภทของงานบริการ: กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1)พ.ร.บ.สถานพยาบาลพ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวงประกาศระเบียบที่ออกตามพ.ร.บ.สถานพยาบาลพ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558

ระดับผลกระทบ:บริการทั่วไป

พื้นที่ให้บริการ:ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ: -

ข้อมูลสถิติของกระบวนงาน:

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0

ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน:การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก