

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

กรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19) สูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ดำเนินการแจ้งต่อผู้ขออนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับทราบการสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

2. เงื่อนไข

การัน้ระยะเวลา 17 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึกมิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. คำขอใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญส.พ.21 เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่น

3.1. สำเนาบัตรประจำตัว

3.2. สำเนาทะเบียนบ้าน

3.3. รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตรจำนวน 2 รูปถ่ายไม่เกินหนึ่งปี

3.4. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีชำรุด)

3.5. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

3.6. เอกสารอื่นๆ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

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 : 17 วันทำการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	<p>การตรวจสอบเอกสาร ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/เจ้าหน้าที่ บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระ ค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)</p>	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
2)	<p>การพิจารณา ตรวจสอบทะเบียน บันทึกใบประวัติบันทึกสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (หมายเหตุ: -)</p>	10 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
3)	<p>การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ ผู้อนุญาตลงนาม (หมายเหตุ: -)</p>	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
4)	<p>- แจ้งผลการพิจารณา/ส่งมอบใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.7) ให้ผู้ยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -)</p>	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
2)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(กรณีขอเปลี่ยนชื่อสกุลลงนามเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
3)	คำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ (ส.พ 21) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ-	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ
4)	สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
5)	รูปถ่ายขนาด 2.5X3 เซนติเมตรจำนวน 2 รูปถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี ฉบับจริง2ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ(รูปถ่ายผู้ดำเนินการสถานพยาบาล)	-
6)	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ(กรณีชำรุด/ถูกทำลาย)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ
7)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.9) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ-	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ
8)	หนังสือแจ้งความ (กรณีสูญหาย) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	หมายเหตุ-	

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม 200 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)	แบบคำขอรับใบแทนใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญส.พ.21 (หมายเหตุ: -)

หมายเหตุ

-

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เปิดเสร็จในหน่วยเดียว

หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1) พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2555 และกฎกระทรวงประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ: -

ข้อมูลสถิติของกระบวนการ:

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0

ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก