

คู่มือสำหรับประชาชน: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบที่ออกตาม 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 การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
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.เกณฑ์
ผู้ที่ประสงค์จะประกอบกิจการคลินิก แทนกรณีผู้รับอนุญาตตายให้ยื่นหนังสือแสดงความจำนงต่อผู้อนุญาตตามแบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (ส.พ.14)ให้ผู้

อนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย

2. เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 17 วันทำการ" ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ";

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. แบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (ส.พ.14) รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

1 สำเนาบัตรประชาชน

2 สำเนาทะเบียนบ้าน

3 สำเนาใบมรณะบัตรของผู้อนุญาต

4 ใบรับรองแพทย์

5 ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

6 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

7 สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

8 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

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	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วัน	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติ บันทึกสมุด	10 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี	-
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี	-
4)	-	ส่งมอบใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 17 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(1. ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบ อำนาจ ต้องมี สำเนาบัตร ประชาชนของผู้ มอบอำนาจ(ผู้มี อำนาจลงชื่อแทน นิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบ อำนาจที่ลงนาม เรียบร้อย ครบถ้วน)
2)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	0	1	ฉบับ	(สำเนาหนังสือ รับรองจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และ ผู้มีอำนาจลงชื่อ แทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติ บุคคล) ลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	หนังสือแสดง ความจำเป็น ผู้รับใบอนุญาต	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ให้ประกอบ กิจการ สถานพยาบาล กรณีผู้รับ อนุญาตตาย (ส.พ.14)					
2)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ.7)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี	1	0	ฉบับ	-
3)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี	1	0	ฉบับ	-
4)	ทะเบียนบ้าน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนง และลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)
5)	ใบรับรองแพทย์	-	1	0	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนง มีอายุไม่ เกิน 6 เดือน)
6)	ใบมรณะบัตร ของผู้รับอนุญาต	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
7)	เอกสารแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล	-	0	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนง ลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)
8)	หนังสือมอบ อำนาจ	-	1	0	ฉบับ	(กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบ อำนาจให้ติดอากร

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						แสดมปี)

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

1) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ / ส่วนภูมิภาค กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช
สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง
อุบลราชธานี 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 กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2193
7999 E-mail : mrdonline2014@gmail.com Facebook : สรวัดรสถานพยาบาล Online

หมายเหตุ -

3) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถนนติ
วานนท์ 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) 1) หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย
(ส.พ.14)

-

19. หมายเหตุ

-