

คู่มือสำหรับประชาชน : การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. หลักเกณฑ์

- 1.1. เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล
- 1.2. เปลี่ยนชื่อตัวชื่อสกุลของผู้รับอนุญาต
- 1.3. เปลี่ยนเลขที่ตั้งชื่อถนนตำบลหรือแขวงอำเภอหรือเขตจังหวัด
- 1.4. เปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพผู้ประกอบการโรคศิลปะหรือผู้ได้รับวุฒิปัตรีหรือหนังสืออนุมัติ
- 1.5. เปลี่ยนแปลงเวลาทำการ
- 1.6. อื่นๆ

2. เงื่อนไข

- 2.1. การนับระยะเวลา 17 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึกมิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ
- 2.2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. วิธีการ

- 3.1. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
- 3.2. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงรายการในการประกอบกิจการคลินิก
- 3.3. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการคลินิก/ลงบันทึกในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 3.4. ส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิกให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

4.ให้ยื่นแบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบสพ.10) และให้ยื่นการขอใบแทนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วย(แบบส.พ.15)

4.1.กรณีบุคคลธรรมดารายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ประกอบกิจการ

สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ

สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

4.2. กรณีเป็นนิติบุคคลมีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน (มีอายุไม่เกิน 6 เดือน) และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล

มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล

สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม

ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 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)	การตรวจสอบเอกสาร 1.ผู้ประกอบการยื่นคำขอพร้อมลงลายมือชื่อไว้ในส่วนของผู้ยื่นคำขอ 2.เจ้าหน้าที่รับคำขอตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของคำขอและเอกสารประกอบคำขอ 3.เจ้าหน้าที่บันทึกการรับคำขอ (หมายเหตุ: -)	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
2)	การพิจารณา 1.ตรวจสอบเอกสาร 2.เจ้าหน้าที่พิจารณาจัดทำใบอนุญาตและลงข้อมูลในระบบสารสนเทศ (หมายเหตุ: -)	10 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต (หมายเหตุ: -)	5 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
4)	- แจ้งผลการพิจารณา/ส่งมอบใบอนุญาตให้ผู้ยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -)	1 วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	บัตรประจำตัวประชาชนผู้ประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
2)	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.10) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ-	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ
3)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ ฉบับจริง0ฉบับ	กรมการปกครอง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	
4)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล(ส.พ.8) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ-	สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ
5)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ-	สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ
6)	กรณีการเปลี่ยนชื่อตัวชื่อสกุลของผู้รับอนุญาต(ให้แนบเอกสาร) ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
7)	กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้งชื่อถนนตำบลหรือแขวงอำเภอหรือเขตจังหวัด (ให้ แนบเอกสาร) ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(รับรองสำเนาถูกต้อง)	กรมการปกครอง
8)	กรณีเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล (ให้แนบเอกสาร) ฉบับจริง0ฉบับ สำเนา1ฉบับ หมายเหตุ(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)	-
9)	คำขอใบแทนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วย(แบบส.พ.15) ฉบับจริง1ฉบับ สำเนา0ฉบับ หมายเหตุ-	สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรค ศิลปะ

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
1)	ค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: (กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้งชื่อถนนตำบลหรือแขวงอำเภอหรือเขตผู้รับ อนุญาตไม่ต้องเสียธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง))	ค่าธรรมเนียม 100 บาท

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ไร่/ละ)
2)	ค่าใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (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 (ศรบ.) 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)	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.10) (หมายเหตุ: -)
2)	การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.15) (หมายเหตุ: -)

หมายเหตุ

-

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ:การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ:สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

ประเภทของงานบริการ:กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1)พ.ร.บ. สถานพยาบาลพ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (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: -

ข้อมูลสถิติของกระบวนการ:

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0

ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน:การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก