

คู่มือสำหรับประชาชน: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ: ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. **ชื่อกระบวนการ:** การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
2. **ประเภทของงานบริการ:** กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
3. **หมวดหมู่ของงานบริการ:** อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
4. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**
 - 1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
5. **ระดับผลกระทบ:** บริการทั่วไป
6. **พื้นที่ให้บริการ:** ส่วนกลาง,ส่วนภูมิภาค
7. **กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -**
 ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
8. **ข้อมูลสถิติ**
 จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
9. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย
10. **ช่องทางการให้บริการ**
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** ติดต่อด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -
11. **หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

12. ผู้ที่ประสงค์จะประกอบกิจการคลินิก แทนกรณีผู้รับอนุญาตตายให้ยื่นหนังสือแสดงความจำนงต่อผู้อนุญาตตามแบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14) ให้ผู้อนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย

เงื่อนไข

เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 8 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในวันที่ให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

แบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)

รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

1 สำเนาบัตรประชาชน

2 สำเนาทะเบียนบ้าน

3 สำเนาใบมรณะบัตรของผู้อนุญาต

4 ใบรับรองแพทย์

5 ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

6 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

7 สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

8 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอเจ้าหน้าที่OSSC ตรวจสอบเอกสารหลักฐานตาม Checklist | 1 ชั่วโมง | ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์ สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ | - |
| 2) | การพิจารณา | เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลประวัติ คุณสมบัติตามที่กฎหมายกำหนด ลงข้อมูลบันทึกสมุดและจัดทำใบอนุญาต | 5 วันทำการ | ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์ สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ | - |

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|----------------|--------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 3) | การลงนาม | เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต | 1วันทำการ | ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ | - |
| 4) | ส่งมอบใบอนุญาต | แจ้งผลการพิจารณาให้ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจส่งมอบใบอนุญาต | 1 วันทำการ | ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ | - |

ระยะเวลาดำเนินการรวม 8วันทำการ

13. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

14. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

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

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| 1) | หนังสือแสดง ความจำนงเป็น ผู้รับใบอนุญาต ให้ประกอบ กิจการ | สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ | 1 | 0 | ฉบับ | - |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------|
| | สถานพยาบาล กรณีผู้รับ อนุญาตตาย (สพ.14) | | | | | |
| 2) | ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สพ.7) | สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ | 1 | 0 | ฉบับ | - |
| 3) | สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สพ.8) | สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ โรคศิลปะ | 1 | 0 | ฉบับ | - |
| 4) | ทะเบียนบ้าน | - | 0 | 1 | ฉบับ | (ของผู้แสดงความ จำนง และเห็น รับรองสำเนา ถูกต้อง) |
| 5) | ใบรับรองแพทย์ | - | 1 | 0 | ฉบับ | (ของผู้แสดงความ จำนง มีอายุไม่ เกิน 6 เดือน) |
| 6) | ใบมรณะบัตร ของผู้รับอนุญาต | - | 0 | 1 | ฉบับ | (เห็นรับรองสำเนา ถูกต้อง) |
| 7) | เอกสารแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล | - | 1 | 1 | ฉบับ | (ของผู้แสดงความ จำนง ฉบับสำเนา เห็นรับรองสำเนา ถูกต้อง) |
| 8) | หนังสือมอบ อำนาจ | - | 1 | 0 | ฉบับ | (กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบ อำนาจให้ติดอากร แสตมป์) |

15. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

หมายเหตุ -

16. ช่องทางการร้องเรียน

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ 379/114 ก ถนนโนนม่วง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000 โทร. 0 4483 6826 – 9 ต่อ 301 , 302หมายเหตุ -

2) ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดชัยภูมิ ศาลากลางจังหวัดชัยภูมิ ชั้น 2 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000 โทรศัพท์ 0 4481 1573 สายด่วน 1567

หมายเหตุ -

3) สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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)

17. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

1) 1) หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)

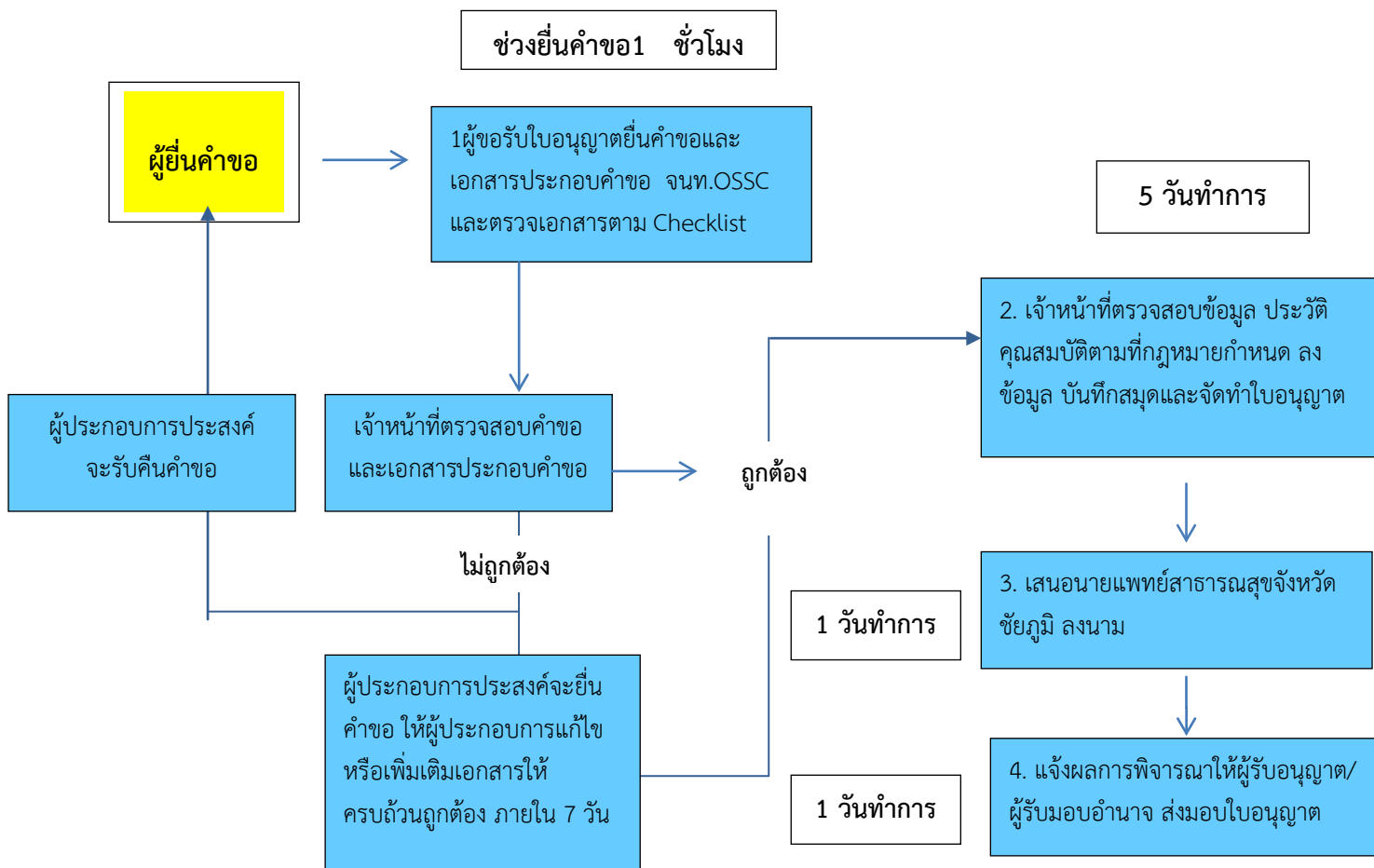
-

18. หมายเหตุ

-

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการ

การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย



หมายเหตุ – 1. ระยะเวลาดังกล่าว ไม่รวมระยะเวลาของผู้ประกอบการแก้ไข หรือส่งเอกสารเพิ่มเติม
 2. เมื่อครบกำหนดเวลาที่ระบุไว้ในคู่มือนี้แล้ว หากผู้อนุญาตยังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ จะแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้ยื่นคำขอทราบถึงเหตุแห่งความล่าช้าทุก 7 วัน จนกว่าจะพิจารณาแล้วเสร็จ

สรุป 4 ขั้นตอน รวมระยะเวลาดำเนินการ 8 วันทำการ

