

## คู่มือสำหรับประชาชน : การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

### หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

#### 1. หลักเกณฑ์

ผู้ที่ประสงค์จะประกอบกิจการคลินิกแทนกรณีผู้รับอนุญาตตาย ให้ยื่นหนังสือแสดงความจำนงต่อผู้อนุญาตตามแบบคำขอ หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14) ให้ผู้อนุญาตภายใน สามสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย

#### 2. เงื่อนไข

1) การนับระยะเวลา 21 วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งคำขอ

2) กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจและติดอากรแสตมป์ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่า ผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

3. แบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14) รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประชาชน
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) สำเนาใบมรณะบัตรของผู้อนุญาต
- 4) ใบรับรองแพทย์
- 5) ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 6) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 7) สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- 8) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือ ประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

#### ช่องทางการให้บริการ

<b>สถานที่ให้บริการ</b> ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1 อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธารณสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2193 7059 / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	<b>ระยะเวลาเปิดให้บริการ</b> เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทาง ราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
--	--

**ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**  
**ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 21 วันทำการ**

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	<b>การตรวจสอบเอกสาร</b> ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและ ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วัน	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
2)	<b>การพิจารณา</b> ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติ บันทึกสมุด	14 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
3)	<b>การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ</b> ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
4)	- ส่งมอบใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)	1 วันทำการ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

**รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ**

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	<b>บัตรประจำตัวประชาชน</b> ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ 1. ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง 2. กรณีมอบอำนาจ ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ (ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบอำนาจที่ลงนามเรียบร้อย ครบถ้วน	กรมการปกครอง
2)	<b>หนังสือรับรองนิติบุคคล</b> ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ สำเนาหนังสือรับรองจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
3)	<b>หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)</b> ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
4)	<b>ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)</b> ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
5)	<b>สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.8)</b> ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
6)	<b>ทะเบียนบ้าน</b> ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ของผู้แสดงความจำนง และลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
7)	ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ ของผู้แสดงความจำนง มีอายุไม่เกิน 6 เดือน	-
8)	ใบมรณะบัตรของผู้รับอนุญาต ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
9)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ ของผู้แสดงความจำนง ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	-
10)	หนังสือมอบอำนาจ ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบอำนาจให้ติดอากรแสตมป์	-
11)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ / ชื่อสกุล ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีขอเปลี่ยนชื่อ สกุล ลงนามเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
12)	ทะเบียนสมรส ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค่านำหน้านาม ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการปกครอง
13)	หนังสือเดินทาง ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง	กรมการกงสุล

**ค่าธรรมเนียม**

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ไร่ยละ)
1)	ค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท

**ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ**

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
2)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
3)	ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
4)	ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
5)	อีเมล mrdonline2014@gmail.com

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
6)	โทรศัพท์ 0 2193 7999
7)	facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online
8)	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
9)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ หมายเหตุ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH  ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com

**แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก**

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)

**หมายเหตุ**

-

**ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่**

**ชื่อกระบวนงาน:** การแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก กรณีผู้รับอนุญาตตาย  
**หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนงาน:** สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
**ประเภทของงานบริการ:** กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว  
**หมวดหมู่ของงานบริการ:** อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง  
**กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**

1)พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

**ระดับผลกระทบ:** บริการทั่วไป

**พื้นที่ให้บริการ:** ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค

**กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา:** ไม่มีกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย

**ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ:** 0.0

**ข้อมูลสถิติของกระบวนงาน:**

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนค่าขอที่มากที่สุด 0

จำนวนค่าขอที่น้อยที่สุด 0