

## แบบตอบรับคำขอศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการเพื่อสุขภาพเบ็ดเสร็จ (ส่วน จนท.)

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

คำขอเลขที่..... วันที่.....

ยื่นคำขอเรื่อง.....จัดตั้งสถานพยาบาล.....

ชื่อสถานพยาบาล ..... เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อผู้ประกอบการ.....

ชื่อผู้ดำเนินการ.....

เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการเพื่อสุขภาพ ได้ตรวจรับคำขอและเอกสารประกอบคำขอในเบื้องต้นเรียบร้อยแล้ว และจะส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานตรวจสอบขั้นตอนต่อไป ขอให้ท่านเตรียม ดังต่อไปนี้

- หากมีการขอเอกสารเพิ่มเติมเจ้าหน้าที่จะติดต่อกลับภายในวันที่.....
- รับคำขอเพื่อนำไปยื่นให้พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ .....ตรวจสถานที่
- รอเจ้าหน้าที่นัดตรวจสถานที่และจัดเตรียมสถานที่เพื่อรับการตรวจประเมิน
- อื่น ๆ

มีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ โทรศัพท์ 089-5694582 , 042-222356 ต่อ 113(งานสถานพยาบาล อุดร)

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ผู้ยื่นคำขอ

ผู้รับคำขอ

## แบบตอบรับคำขอศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการเพื่อสุขภาพเบ็ดเสร็จ (ส่วน ผปก.)

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

คำขอเลขที่..... วันที่.....

ยื่นคำขอเรื่อง.....จัดตั้งสถานพยาบาล.....

ชื่อสถานพยาบาล ..... เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อผู้ประกอบการ.....

ชื่อผู้ดำเนินการ.....

เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการเพื่อสุขภาพ ได้ตรวจรับคำขอและเอกสารประกอบคำขอในเบื้องต้นเรียบร้อยแล้ว และจะส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานตรวจสอบขั้นตอนต่อไป ขอให้ท่านเตรียม ดังต่อไปนี้

- หากมีการขอเอกสารเพิ่มเติมเจ้าหน้าที่จะติดต่อกลับภายในวันที่.....
- รับคำขอเพื่อนำไปยื่นให้พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ .....ตรวจสถานที่
- รอเจ้าหน้าที่นัดตรวจสถานที่และจัดเตรียมสถานที่เพื่อรับการตรวจประเมิน
- อื่น ๆ

มีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ โทรศัพท์ 089-5694582 , 042-222356 ต่อ 113

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ผู้ยื่นคำขอ

ผู้รับคำขอ



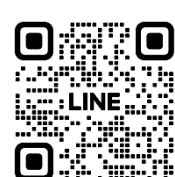
เวชกรรม



ทันตกรรม



การพยาบาล



คลินิกอื่นๆ

## เอกสารควบคุม:กระบวนการอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

ประเภทคำขอ  ใหม่ ชื่อสถานพยาบาล..... เบอร์โทรศัพท์/Line.....

ชื่อผู้ประกอบการ.....

ชื่อผู้ดำเนินการ.....

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

รับที่.....

วันที่...../...../.....

เวลา.....

ลำดับ	กระบวนการ	ขั้นตอน	ใช้เวลา	ผู้รับผิดชอบ
1	การรับเรื่อง (เอกสารต้องครบถ้วน)	<input type="checkbox"/> รับคำขอจากผู้ประกอบการ <input type="checkbox"/> ตรวจสอบเวลาผู้ดำเนินการจากฐานข้อมูลสถานพยาบาลแล้ว	1 วันทำการ	จนท.OSSC ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....
	ตรวจสอบเอกสาร	<input type="checkbox"/> รับเอกสารคำขอจาก จนท.OSSC <input type="checkbox"/> ตรวจสอบแล้ว <input type="radio"/> ครบถ้วน-ถูกต้อง <input type="radio"/> ให้แก้ไขเพิ่มเติม ได้แก้ไข..... ..... ..... แก้ไขแล้วเสร็จในวันที่...../...../.....		หัวหน้างาน Pre ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....
2	ตรวจมาตรฐานเพื่ออนุญาต	<input type="checkbox"/> นัดวันที่/ภายใน...../...../.....เวลา.....น. <input type="checkbox"/> ติดต่อ/โทรแจ้งยืนยันการออกตรวจ	45 วันทำการ	จนท.OSSC ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....
	ออกตรวจ (ต่างอำเภอ) =>	<input type="checkbox"/> ส่งหนังสือแจ้งอำเภอตรวจเลขที่ อด 0032.006/..... <input type="checkbox"/> ให้อำเภอส่งกลับภายในวันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> รับผลตรวจจากอำเภอ วันที่...../...../.....		หัวหน้างาน Pre ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....
	ออกตรวจ (อำเภอเมือง) =>	<input type="checkbox"/> ตรวจสอบที่แล้ว พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจมีความเห็นว่า <input type="radio"/> อนุญาต <input type="radio"/> ไม่อนุญาตเนื่องจาก..... <input type="radio"/> อนุญาต มีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง -แจ้งปรับปรุง ภายในวันที่...../...../..... -ปรับปรุงแล้วเสร็จในวันที่...../...../..... (อ้างอิงตามเอกสารแนบท้ายบันทึกการตรวจมาตรฐาน)		*กรณี ปรับปรุง 55 วันทำการ
3	ออกใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> รับผลตรวจสถานที่ เพื่อออกใบอนุญาต <input type="checkbox"/> ลงข้อมูลใน Excel <input type="checkbox"/> พิมพ์ใบอนุญาตในระบบ <input type="checkbox"/> พิมพ์บันทึกเสนอลงนาม	5 วันทำการ	จนท.OSSC ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....
	เสนอลงนามใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> รับเอกสารจากจนท.OSSC <input type="checkbox"/> หัวหน้างาน Pre เกษียณหนังสือเสนอตามลำดับ <input type="checkbox"/> หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค <input type="checkbox"/> นายแพทย์ สสจ.อุดรธานี	5 วันทำการ	หัวหน้างาน Pre ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....
4	แจ้งผลการพิจารณาใบอนุญาต /รับใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> รับเอกสารจากผู้ลงนามใบอนุญาต <input type="checkbox"/> ประทับตราใบอนุญาต <input type="checkbox"/> ติดต่อ/โทรแจ้งผู้ประกอบการ วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> ผู้ประกอบการรับใบอนุญาตพร้อมเซ็นทะเบียนรับเอกสาร <input type="checkbox"/> ชำระค่าธรรมเนียม (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> จัดเก็บเข้าแฟ้ม	1 วันทำการ	จนท.OSSC ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....

หมายเหตุ:

-ขั้นตอนการดำเนินงานจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วน

-แจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วัน นับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

-รวมระยะเวลาให้บริการ 67 วันทำการ

### รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

ประเภทคำขอ  ขอใหม่ชื่อสถานพยาบาล..... เบอร์โทรศัพท์/line.....  
 ชื่อผู้ประกอบการ.....  
 ชื่อผู้ดำเนินการ.....

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค  
 รับที่.....  
 วันที่.....  
 เวลา.....

ผู้ยื่นคำขอต้องจัดเรียงเอกสารตามบัญชีรายการเอกสารข้างล่างนี้ โปรดทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> กรณีมีเอกสาร, <input checked="" type="checkbox"/> กรณีไม่มีเอกสาร, <input type="checkbox"/> กรณีไม่จำเป็นต้องมีเอกสาร)	จำนวน (ชุด/แผ่น)	เจ้าหน้าที่		หมายเหตุ
		(1)	(2)	
<b>ผู้ประกอบการสถานพยาบาล</b>				
<input type="checkbox"/> กรณีบุคคลธรรมดา				
1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอ	1			กรอกแบบ <input type="checkbox"/> ส.พ. 1
2.*กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล/คำนำหน้า(สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล/คำนำหน้านาม)	1			<input type="checkbox"/> ส.พ. 2
3. ใบรับรองแพทย์ ไม่เกิน 6 เดือนนับตั้งแต่วันยื่นคำขอ	1			<input type="checkbox"/> ส.พ. 5
4. สำเนาทะเบียนบ้านคลินิก	1			พร้อมแนบเอกสาร
5. สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สัญญาเช่า/ หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่/ โฉนดที่ดิน)	1			.....
6.*กรณีสัญญาเช่า (แนบ สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ให้เช่า)	1			.....
7.*กรณีเป็นชาวต่างชาติ (แนบสำเนาหนังสือเดินทาง)	1			.....
8.*กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ในคลินิก (หนังสือรับการตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์/ผลการตรวจวิเคราะห์ - ตามกฎกระทรวงคลินิกทันตกรรมต้องจัดให้มีเครื่องเอกซเรย์และห้องที่ได้มาตรฐาน)	1			.....
9.*กรณีมีชื่อซ้ำกันในเขตเดียวกัน (หนังสือยินยอมให้ใช้ชื่อสถานพยาบาลจากผู้ได้รับใบอนุญาตก่อน)	1			.....
10. หลักฐานการเก็บขยะติดเชื้อ เช่น หนังสือตอบรับจากหน่วยงาน หรือใบเสร็จรับเงิน	1			.....
11. แผนแสดงระบบการควบคุมทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ในคลินิกที่เหมาะสม	1			
12. หนังสือประสานงานโรงพยาบาลที่จะส่งต่อ	1			
13. แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาล ที่ครอบคลุมลักษณะการให้บริการ	1			
14. แผนผังในสถานพยาบาลที่ละเอียด	1			
15. แผนที่แสดงที่ตั้งที่ชัดเจน	1			
<input type="checkbox"/> กรณีนิติบุคคล				
16. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล	1			
17.*กรณีมอบอำนาจ (ลงรายละเอียดในหนังสือมอบอำนาจให้ครบถ้วนติดอากรแสตมป์ 30 บาท แนบ สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน ทั้งผู้มอบ/ผู้รับมอบ)	1			
18. กระทำการใดๆ ในนามนิติบุคคล ต้องเซ็นชื่อผู้มีอำนาจลงนามทุกคนที่มีอำนาจลงนาม และประทับตราบริษัทให้เรียบร้อยในคำขอและหลักฐาน	1			
<b>ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล</b>				
1. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน	1			กรอกแบบ <input type="checkbox"/> ส.พ. 6
2.*กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล/คำนำหน้า (สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล/คำนำหน้านาม)	1			<input type="checkbox"/> ส.พ. 18
3. ใบรับรองแพทย์ ไม่เกิน 6 เดือนนับตั้งแต่วันยื่นคำขอ	1			หนังสือรับรองการ
4. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ(ทั้งฉบับจริงและสำเนา)	1			ให้บริการในคลินิก
5.*กรณีมีใบวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ (ทั้งฉบับจริงและสำเนา)	1			พร้อมแนบเอกสาร
6. รูปถ่าย ขนาด 8*13 ซม. หน้าตรง ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี	1			
7. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว หน้าตรง ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี	2			
<b>ผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ(เพิ่มเติม)</b>				
1. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน	1			กรอกแบบ <input type="checkbox"/> ส.พ.6
2.*กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล/คำนำหน้า(สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล/คำนำหน้านาม)	1			(เพิ่มเติม)
3. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ(สำเนา)	1			พร้อมแนบเอกสาร
4.*กรณีมีใบวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ(สำเนา)	1			
5. รูปถ่าย ขนาด 8*13 ซม. หน้าตรง ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี	1			
ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ (.....) วันที่...../...../..... เวลา.....น.	ลงชื่อ.....จนท.ผู้รับเอกสาร (1) (.....) วันที่...../...../..... เวลา.....น.	ลงชื่อ.....จนท.ตรวจสอบ (2) (.....) วันที่...../...../..... เวลา.....น.		



พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน .....

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล   | <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง |
| <input type="checkbox"/> แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล  | <input type="checkbox"/> ในบริเวณใกล้เคียง                              |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต  | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว                              |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล   |   |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  |   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) |   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล  |   |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....   |   |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

หมายเหตุ

๑. ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ
๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

**แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล  
(ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)**

## ๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

- คลินิกเวชกรรม
- คลินิกทันตกรรม
- คลินิกเฉพาะทาง  ด้านเวชกรรม.....  ด้านทันตกรรม.....
- ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกกายภาพบำบัด
- คลินิกเทคนิคการแพทย์
- คลินิกการแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทย  การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- คลินิกการประกอบโรคศิลปะ  กิจกรรมบำบัด  การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
- เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก  รังสีเทคนิค  จิตวิทยาคลินิก  กายอุปกรณ์
- การแพทย์แผนจีน  อื่นๆ
- สหคลินิก ประกอบด้วย .....

## ๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม .....

## ๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

- เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ  เป็นอาคารอยู่อาศัย  เป็นห้องแถว  เป็นตึกแถว
- เป็นบ้านแถว  เป็นบ้านแฝด  เป็นอาคารพาณิชย์  ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า
- อื่น ๆ ..... มี..... คูหา..... ชั้น
๔. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

## ๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

## ๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ ..... เลขที่ใบอนุญาต .....

## ๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล .....วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

(.....)

วันที่.....



## ๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

- โรงพยาบาลทั่วไป ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
โรงพยาบาลเฉพาะทาง ..... ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
โรงพยาบาลทันตกรรม ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
โรงพยาบาลกายภาพบำบัด ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่  
โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง  ขนาดใหญ่

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- อายุรกรรม  ศัลยกรรม  สูตินรีเวชกรรม  กุมารเวชกรรม  
 แผนกเทคนิคการแพทย์  แผนกออร์โธปิดิกส์  แผนกโรคผิวหนัง  แผนกการผสมเทียม  
 แผนกกายภาพบำบัด  แผนกการแพทย์แผนไทย  แผนกโภชนาการ  แผนกซักฟอก  
 หอผู้ป่วยหนัก  ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก  ห้องผ่าตัดเล็ก  ห้องให้การรักษา  
 ห้องทารกหลังคลอด  การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ  ห้องไตเทียม  ห้องทันตกรรม  
 รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์  การผ่าตัดเปิดหัวใจ  การสวนหัวใจ  รังสีบำบัด  
 การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า  การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ  ห้องเก็บศพ  
 แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์  แผนกการนวด  แผนกการแพทย์แผนจีน  อื่นๆ .....

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ).....

ณ สถานพยาบาลชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว  หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส.พ. ๖  
 สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ  
 ใบรับรองแพทย์  สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล  
 สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)  หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล  
 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)  
 แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง  
 เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้
- (ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล
- (ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง
- (ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร
- (ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร
- (จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร
- (ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร
- (ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

- กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
- (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือรื้อถอนอาคาร
- (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้ยื่นคำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำ

- คำขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....  
 ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
 จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
 โทรสาร ..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ .....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ .....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ..... ออกให้ ณ วันที่ .....

วุฒิบัตร  หนังสืออนุมัติ  หนังสือรับรอง สาขา.....  
 ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง  
 วัน/เวลาทำการ.....

เพื่อ  ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่  
 ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมเนื่องจาก  ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน  
 ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป

ลักษณะสถานพยาบาล ..... ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....  
 ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....  
 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....  
 ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ที่ตั้ง..... เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้  
 (ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

.....

.....

.....

.....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว  | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน   | <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล                      |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)                                    |  |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี |  |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี  |  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
( ..... )

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต  
( ..... ) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

## หนังสือรับรองการให้บริการในคลินิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าผู้ยื่นคำขอใบอนุญาตคลินิกชื่อ นาย/นาง/นางสาว/นิติบุคคล.....  
โดยมี.....เป็นผู้ลงนามมอบอำนาจยื่นคำขอคลินิกชื่อ.....  
ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดอุดรธานี  
ข้าพเจ้าขอให้การรับรองการให้บริการในคลินิกของข้าพเจ้า ในวันที่ยื่นคำขอวันที่..... ดังนี้

๑. การบริการในคลินิกมีบริการเสริมความงาม/เครื่องสำอาง/เครื่องมือแพทย์ ให้บริการ

๒. การให้บริการที่มีการผ่าตัดเล็ก ให้บริการ ดังนี้

.....  
.....

๓. การให้บริการที่มีการผ่าตัดใหญ่ ให้บริการดังนี้

.....  
.....

๔. อื่นๆ คือ.....

๕. ไม่มีการบริการ ตามข้อ ๑-๓

ในวันนี้นักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๙ ได้ชี้แจงและมอบเอกสารแนวทางการตรวจ  
คลินิกตามมาตรฐานที่มีการให้บริการในคลินิกข้าพเจ้าข้างต้นแล้ว ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามแนวทางการตรวจ และ  
ขอรับรอง ณ วันที่ยื่นเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตสถานพยาบาลมีการให้บริการตามที่รับรองและถ้าหากมีการบริการ  
เพิ่มเติมจากที่แจ้งไว้จะดำเนินการแจ้งเพิ่มเติมการให้บริการต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้าผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อนาย/นาง/นางสาว.....  
ไปประกอบวิชาชีพที่.....เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลดังกล่าวขอรับรองว่าในคลินิกมีบริการตามที่แจ้งจริงและ  
ข้าพเจ้าจะปฏิบัติหน้าที่ในฐานะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้เป็นไปตามกฎหมายและดำเนินการตามแนวทางมาตรฐานใน  
สถานพยาบาลตามพนักงานเจ้าหน้าที่แจ้งไว้ พร้อมทั้งจะดูแลควบคุมสถานพยาบาลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาทำการ และถ้าหาก  
มีการบริการเพิ่มเติมที่แจ้งไว้ ข้าพเจ้าจะแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่และจัดเตรียมมาตรฐานให้ถูกต้องต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการคลินิก

(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน  
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ..... ปีผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่ .....

ได้รับ  อนุมัติ  วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ..... ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ปัจจุบันข้าพเจ้า

ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) .....

.....

.....

ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน

เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล .....

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้.....

.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

สำเนาบัตรประจำตัว

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ

สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ

รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

อื่น ๆ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง

( ..... )

หมายเหตุใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

# บันทึกชี้แจงการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ.....

๑.๒ นิตินาม.....

โดย (๑) ..... (๒) .....

ได้ยื่นขอรับอนุญาตประกอบกิจการ/ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ข้าพเจ้า ขอชี้แจงแนวทางในการควบคุมการติดเชื้อภายในสถานพยาบาล ดังนี้

๒.๑ ภาชนะที่ใช้ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อ

.....  
.....  
.....

๒.๒ ภาชนะที่ใช้ในการเก็บขยะติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด สไลด์ ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว เป็นต้น

.....  
.....  
.....

๒.๓ สถานที่ส่งกำจัดขยะติดเชื้อ

.....  
ระยะเวลาหรือความถี่ในการส่งกำจัด.....  
.....

๒.๔ การทำความสะอาดและการทำให้ปราศจากเชื้อ

บริเวณพื้นห้องตรวจ.....

บริเวณพื้นห้องท่าแผล/ห้องปฏิบัติการต่าง ๆ.....

.....  
เตียงตรวจ.....  
รถท่าแผล.....

เครื่องมือตรวจโรคทั่วไป เช่น เครื่องวัดความดัน หูฟัง .....

.....  
ปรอทวัดไข้.....  
ไม้กดลิ้น.....

ขวดแก้วแบ่งน้ำยาบนรถท่าแผล.....

.....  
.....  
.....

วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่เป็นแอสตนเลส หรือ โลหะ เช่น กระจุกใส่ Transfer Forceps, Forceps, Curette, กรรไกรตัดไหม  
ถอดใส่เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ หม้อก๊อช/สาลี เป็นต้น.....

Set Sterile ต่างๆ เช่น Set ทาแผล Set เย็บแผล เป็นต้น.....

เข็ม syringe ถุงมือ.....

เครื่องมือแพทย์หรือเครื่องมือทันตกรรมต่าง ๆ  
ชุดตรวจฟัน ชุดอุดฟัน ชุดถอนฟัน(ที่ทำด้วยโลหะ).....

ด้ามกรอฟัน(กรอช้า/กรอเร็ว).....

เรื่องชุดหินปูนไฟฟ้า.....

ด้ามจับ Suction , triple Syringe, ท่อนำแสงของเครื่องฉายแสง.....

เครื่องมือ/วัสดุที่ทำด้วยพลาสติกยาง เช่น ด้ามพู่กัน,Rubber cup,ขนแปรงพู่กัน.....

การทำลายเชื้อพื้นผิวที่ปนเปื้อน เช่น เบาะเก้าอี้ทำฟัน ปุ่มปรับต่าง ๆ.....

อื่น ๆ ได้แก่.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

หลักฐานการใช้บริการกำจัดขยะติดเชื้อ

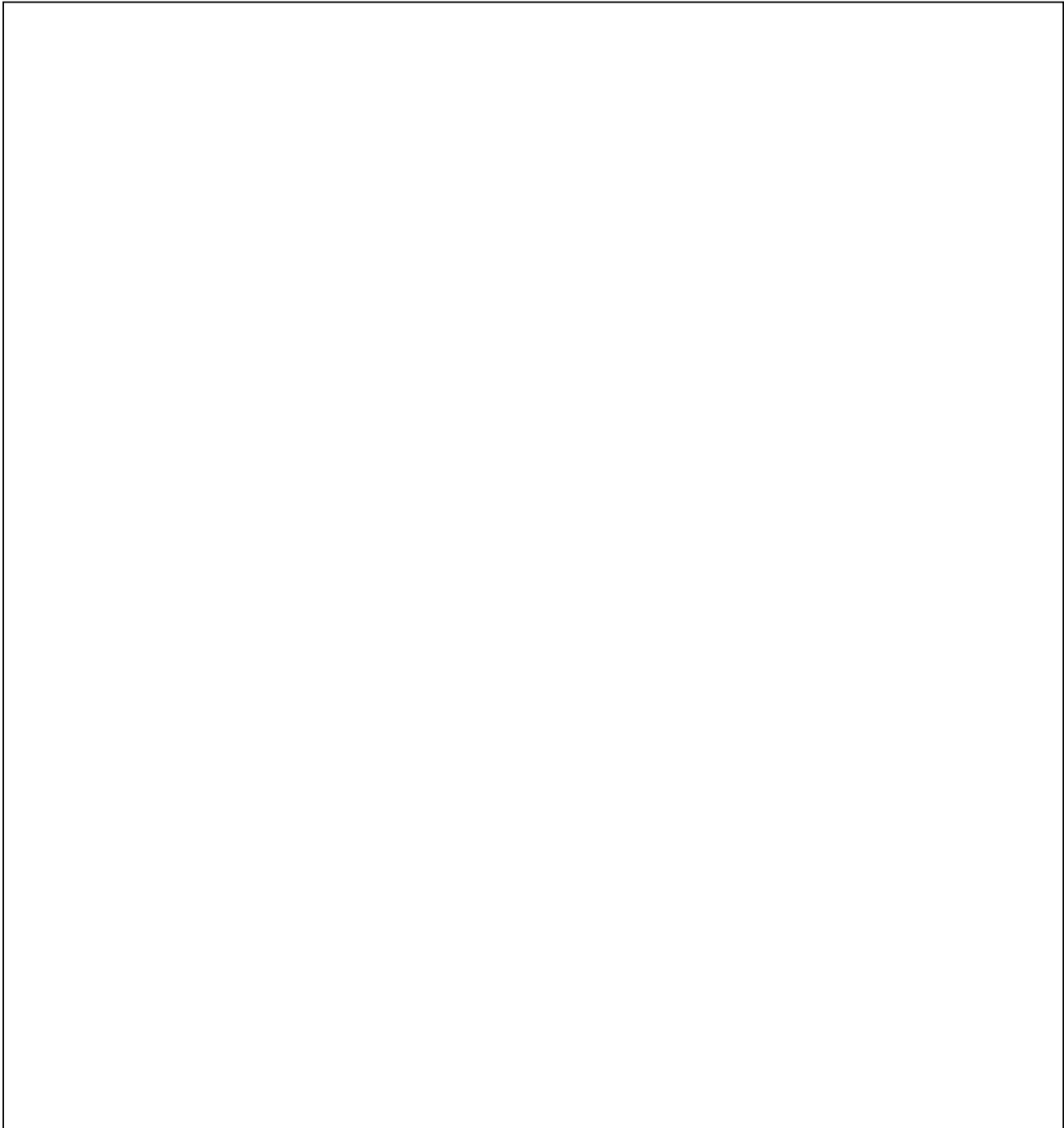
.....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ  
(..... )

แผนผังภายใน สถานพยาบาลชื่อ.....  
เลขที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....อุตรธานี.....

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต  
(.....)

แผนผังแสดงที่ตั้ง สถานพยาบาลชื่อ.....  
เลขที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด .....อุดรธานี.....



ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต  
(.....)

## แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อ

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....เบอร์โทร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ตามผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มารับการรักษาที่คลินิกด้วยอาการ

# ตัวอย่าง

ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น

จึงขอส่งตัวผู้ป่วย เพื่อวินิจฉัยโรค/รับการรักษาต่อ

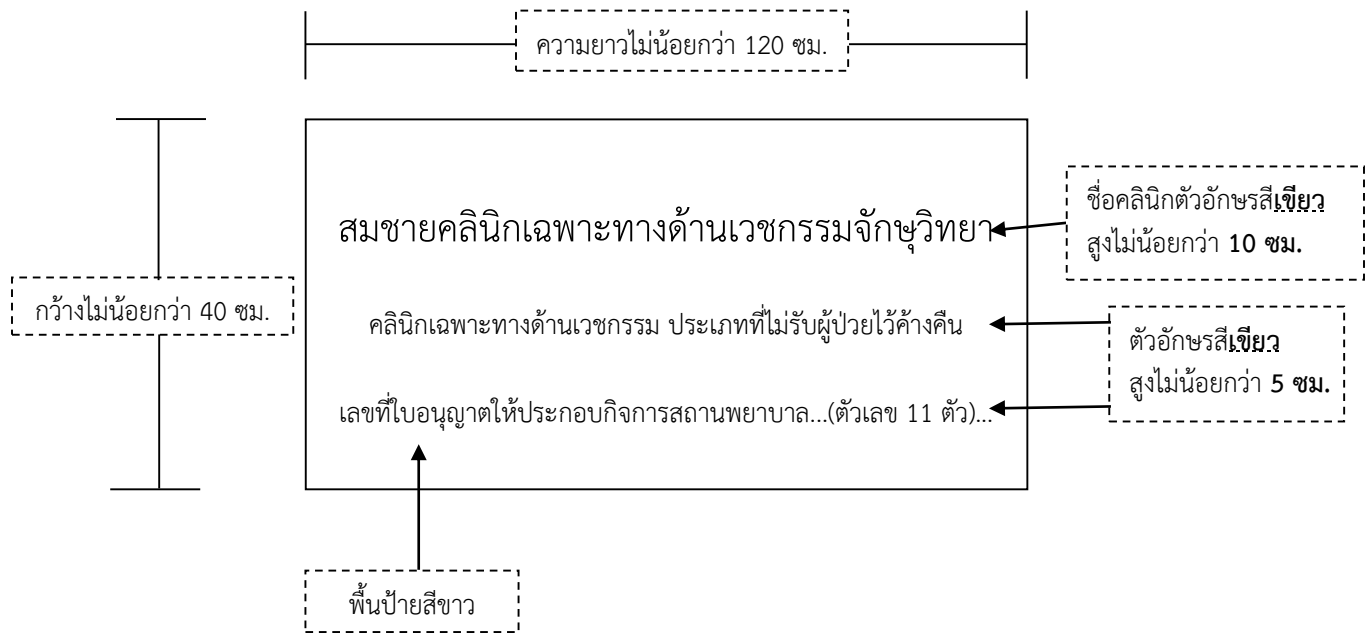
ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้รับอนุญาตสถานพยาบาล/ผู้แทน

## ตัวอย่างการจัดทำป้ายชื่อสถานพยาบาล

### กรณีคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม (ให้ใช้ตัวอักษรสีเขียว)



สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนใช้พื้นแผ่นป้ายสีขาวและตัวอักษรในแผ่นป้ายแสดงชื่อให้ใช้สีดังต่อไปนี้

- คลินิกเวชกรรมให้ใช้อักษรสีเขียว
- คลินิกทันตกรรมให้ใช้ตัวอักษรสีม่วง
- คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ใช้ตัวอักษรสีฟ้า
- คลินิกกายภาพบำบัดให้ใช้อักษรสีชมพู
- คลินิกเทคนิคการแพทย์ให้ใช้อักษรสีเลือดหมู
- คลินิกการแพทย์แผนไทยให้ใช้อักษรสีน้ำเงิน
- คลินิกการประกอบโรคศิลปะให้ใช้อักษรสีน้ำตาล
- คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมให้ใช้อักษรสีเขียว
- คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรมให้ใช้อักษรสีม่วง
- สหคลินิกให้ใช้อักษรสีเขียวแก่

## หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี  
เลขบัตรประชาชน           บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก.....  
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ได้มอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี  
เลขบัตรประชาชน           บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก.....  
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ.....  
.....  
.....

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ  
และมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

(ลายมือชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลายมือชื่อ).....พยาน  
(.....)

### กิจกรรมที่มอบอำนาจได้

- 1) การยื่นคำขออนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาล ตามแบบ ส.พ. 1, ส.พ. 2, ส.พ. 3, ส.พ. 4, ส.พ. 5, ส.พ. 6, ส.พ. 10, ส.พ. 11, ส.พ. 13, ส.พ. 14, ส.พ. 15, ส.พ. 16, ส.พ. 17, ส.พ. 21, ส.พ. 22,
- 2) การรับเอกสารใบอนุญาต, สมุดทะเบียนสถานพยาบาล, หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม ตามแบบ ส.พ. 7, ส.พ. 8, ส.พ. 9, ส.พ. 12, ส.พ. 19
- 3) การชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี

แบบรับทราบกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กรณียื่นคำขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล

ประเภทคำขอ \*\* ขอใหม่ \*\*

ชื่อสถานพยาบาล.....

ผู้ประกอบกิจการ.....ผู้ยื่นคำขอ.....

ผู้ดำเนินการ.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่.....

ผู้ยื่นคำขอได้ทราบข้อกฎหมายดังนี้	รับทราบ เรื่องคำแนะนำ
1. ความหมายของสถานพยาบาล ตามมาตรา 4 พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541	
2. มาตรฐานสถานพยาบาล 2.1 ลักษณะทั่วไป 2.2 ลักษณะการให้บริการ 2.3 การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพ การแสดงอัตราค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย 2.4 ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็น 2.5 ห้องบำบัดรักษา / ห้องผ่าตัดเล็ก / ห้องผ่าตัดใหญ่	
3. การขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล / ดำเนินการสถานพยาบาล	
4. ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการ / ดำเนินการ เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาต (มาตรา 16 หรือมาตรา 24 พรบ.สถานพยาบาล 2541)	
5. คุณสมบัติและหน้าที่ของผู้รับอนุญาต	
6. คุณสมบัติผู้ดำเนินการและหน้าที่ของผู้ดำเนินการ	
7. การจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง <u>ตลอดเวลาทำการ</u> ตามมาตรา 34 (2) / มาตรา 35 พรบ.สถานพยาบาล 2541	
8. หน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันของผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการ	
9. การโฆษณาสถานพยาบาลและหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการโฆษณา ตามมาตรา 38 พรบ.สถานพยาบาล 2541	
10. ค่าธรรมเนียมที่เกี่ยวข้องกับการขออนุญาตและค่าธรรมเนียมรายปี	
<p align="center">ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ (.....) วันที่...../...../..... เวลา.....น.</p>	<p align="center">ลงชื่อ.....จนท.ผู้ให้คำแนะนำ (.....) วันที่...../...../..... เวลา.....น.</p>

วันที่.....

เขียนที่.....

เรื่อง ขอชี้แจงการตั้งชื่อสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ข้าพเจ้า.....

เลขประจำตัวประชาชน                สัญชาติ.....อายุ.....ปี

ได้ยื่นคำขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดอุดรธานี

ข้าพเจ้าขอชี้แจงชื่อสถานพยาบาล มีความหมายว่า ดังนี้.....

.....  
.....  
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)