สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
UDON THANI PROVINCIAL HEALTH OFFICE

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอผ่านระบบ Biz Portal

คำขอ ขอใหม่ ชื่อสถานพยาบาล ..... **เบอร์โทรศัพท์/Line** .....

ชื่อผู้ประกอบกิจการ .....

ชื่อผู้ดำเนินการ .....

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล	ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
• บุคคลผู้ขออนุญาต - บัตรประชาชน (สำเนาถูกต้อง*) - ทะเบียนบ้าน (สำเนาถูกต้อง*) - ใบรับรองแพทย์ (ไม่เกิน 6 เดือน) *กรณีเป็นนิติบุคคล* - หนังสือรับรองนิติบุคคล (ไม่เกิน 6 เดือน) (ผู้มีอำนาจลงนามสำเนาถูกต้อง + ประทับตรา*) - บัตรประชาชนกรรมการ (สำเนาถูกต้อง*)	• บุคคลผู้ขออนุญาต - บัตรประชาชน (สำเนาถูกต้อง*) - ทะเบียนบ้าน (สำเนาถูกต้อง*) - ใบรับรองแพทย์ (ไม่เกิน 6 เดือน)
• อาคาร/สถานที่ของร้าน - ทะเบียนบ้านคลินิก (สำเนาถูกต้อง*) *กรณีเช่า หรือเจ้าบ้านไม่ใช่ผู้เดียวกับผู้ประกอบกิจการ* - หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ / สัญญาเช่า - บัตรประชาชนผู้ให้เช่า (สำเนาถูกต้อง*) - บัตรประชาชนผู้เช่า (สำเนาถูกต้อง*) *กรณีทะเบียนบ้านไม่มีชื่อเจ้าบ้าน* - สำเนาโฉนด (สำเนาถูกต้อง*)	• ข้อมูลคำขอให้ดำเนินการสถานพยาบาล - บัตรประชาชน (สำเนาถูกต้อง*) - รูปถ่าย 2.5 * 3 ซม. - ใบประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะ (ไม่หมดอายุ) - วุฒิบัตร - วิดีโอแจ้งความประสงค์ดำเนินการคลินิกฯ
• ข้อมูลคำขออนุญาตให้ประกอบกิจการฯ - วิดีโอแนะนำคลินิก - รายการภาพถ่ายภายในคลินิก (1.หน้าคลินิก 2.ป้ายชื่อคลินิก 3.ภายในห้องรอตรวจ 4.ห้องตรวจ) - แผนผังคลินิก (ใส่ขนาดพื้นที่ กxย แต่ละห้อง) - แผนที่สังเขป (ไม่ปรินต์จาก Google Map) - ใบตอบรับกำจัดขยะติดเชื้อ (สสล.ติดเชื้อ 2) - ใบขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน (ใบ Refer) - คำชี้แจงการควบคุมการติดเชื้อ (วิธีการรักษาความสะอาดในคลินิก) - อัตราค่ารักษาพยาบาล	• เอกสารเพิ่มเติมอื่นๆ (หากมี) - ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล
• เอกสารเพิ่มเติมอื่นๆ (หากมี) - ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล - คำชี้แจงชื่อคลินิก - ใบรายงานผลจากกรมวิทย์ฯ(x-ray|ค.ทันตกรรม) - ใบรับรองเครื่องมือแพทย์กายภาพบำบัด อย่างน้อย 2 ชนิด **(คลินิกกายภาพบำบัด) - ฉลากบรรจุยาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข	ตัวอย่างวิดีโอแนะนำคลินิก ตัวอย่างวิดีโอแสดงตนผู้ดำเนินการ ตัวอย่างฉลากยา ส.พ.6 ใบน้ำเงิน

** **หมายเหตุ** : เตรียมไฟล์ **เอกสาร** ให้เป็น jpg, png หรือ pdf | **รูปถ่าย** 2.5*3 ซม. ไฟล์ jpg, png | **วิดีโอ** ไฟล์ zip **

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

SCAN ME

คลินิกเวชกรรม
@387lvgcg

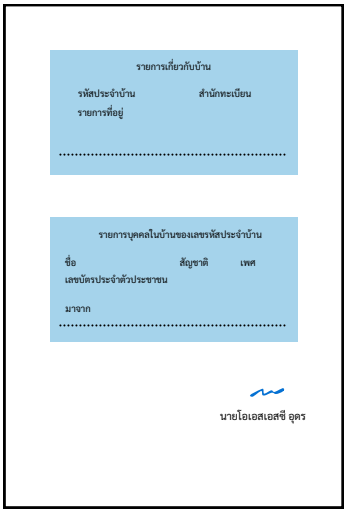
คลินิกทันตกรรม
@279pvngc

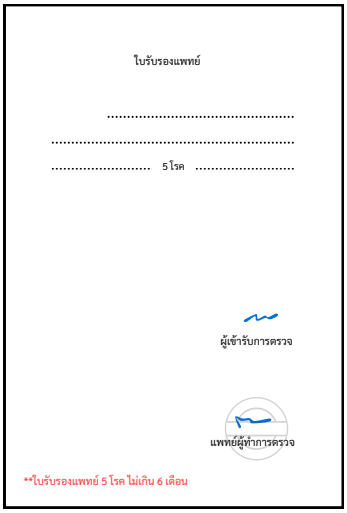
คลินิกพยาบาล
@766elbpj

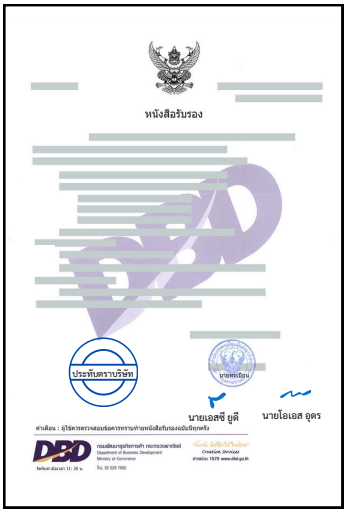
คลินิกประเภทอื่น ๆ
@315fnrvp

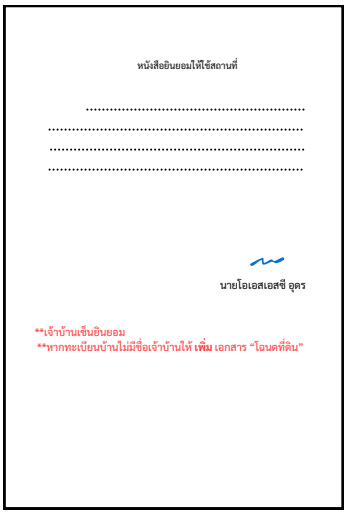
โฆษณาสถานพยาบาล
@981prnha

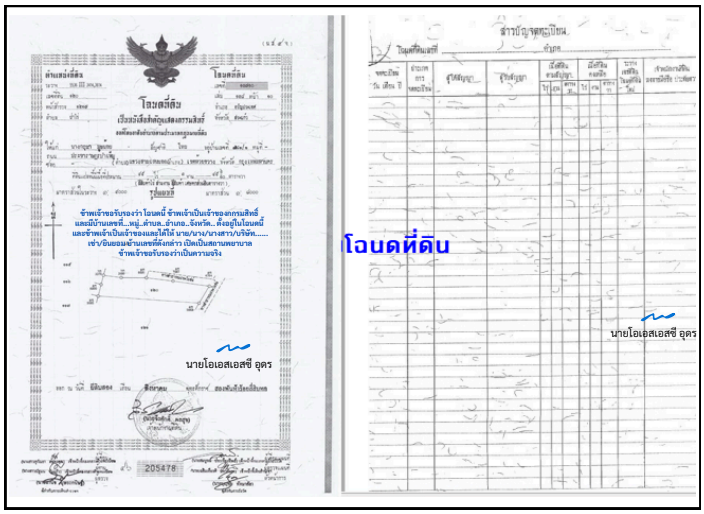
ตัวอย่าง เอกสารที่ต้องเตรียมเพื่อยื่นคำขอประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)











*****การเขียนคำรับรองในโฉนดที่ดินที่ตั้งของคลินิก*****

" ข้าพเจ้าขอรับรองว่า โฉนดนี้ ข้าพเจ้าเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ และมีบ้านเลขที่...หมู่..ตำบล..อำเภอ..จังหวัด.. ตั้งอยู่ในโฉนดนี้ และข้าพเจ้าเป็นเจ้าของและได้ให้ นาย/นาง/นางสาว/บริษัท..... เช่า/ยินยอม บ้านเลขที่ดังกล่าว เปิดเป็นสถานพยาบาล ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริง "

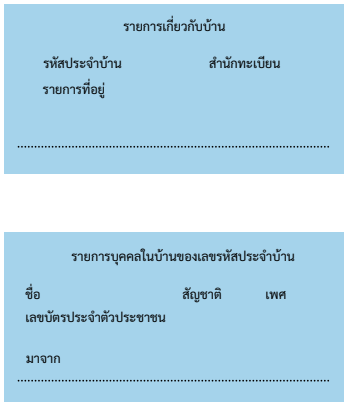
ลงลายมือชื่อ .....

ตัวอย่าง การถ่ายวิดีโอแนะนำสถานพยาบาล

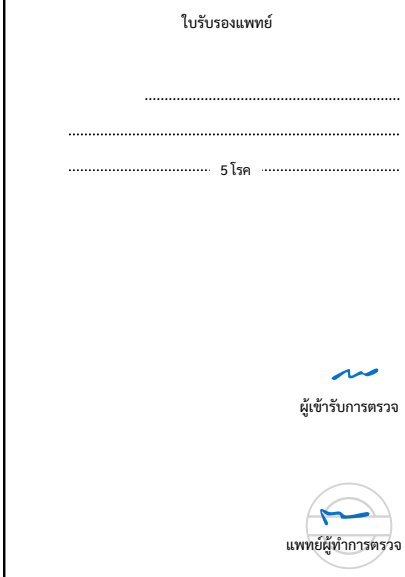
****หมายเหตุ** : วิดีโอ ทำเป็นไฟล์ zip

ตัวอย่าง เอกสารที่ต้องเตรียมเพื่อยื่นคำขอเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19)

นายโอเอสเอสซี อุดร



นายโอเอสเอสซี อุดร



**ใบรับรองแพทย์ 5 โรค ไม่เกิน 6 เดือน

นายโอเอสเอสซี อุดร

นายโอเอสเอสซี อุดร

รูปถ่ายสุภาพ 2.5*3 ซม.

**รูปถ่าย ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน/ไม่ใส่ชุดครุย/ไม่ยิ้มเห็นฟัน

ตัวอย่าง การถ่ายวิดีโอแจ้งความประสงค์ดำเนินการคลินิกฯ

****หมายเหตุ** : วิดีโอ ทำเป็นไฟล์ zip

ขอแจ้งความประสงค์เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลในรูปแบบวีดีโอผ่าน biz portal

วันที่...เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....

โดยวัน/เวลาทำการของข้าพเจ้าคือ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล.....

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

ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ **ไม่เป็น** ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ **เป็น** ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล..... วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการ

ข้าพเจ้า

☐ **ไม่เป็น** ผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น

☐ **เป็น** ผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้ (ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น วันเวลาปฏิบัติงาน อยู่ในระหว่างลาศึกษาหรือไม่ หากอยู่ในระหว่างลาศึกษาต่อโปรดระบุด้วย)

.....

.....

.....

บันทึกชี้แจงการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ.....

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... (๒) .....

ได้ยื่นขอรับอนุญาตประกอบกิจการ/ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

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

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตาบล/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. การทำความสะอาดและการทาให้ปราศจากเชื้อ

บริเวณพื้นห้องตรวจ.....

บริเวณพื้นห้องทาแผล/ห้องปฏิบัติการต่าง ๆ.....

.....

เตียงตรวจ.....

รถทำแผล.....

.....

เครื่องมือตรวจโรคทั่วไป เช่น เครื่องวัดความดัน หูฟัง .....

.....

ปรอทวัดไข้.....

ไม้กดลิ้น.....

ขวดแก้วแบ่งน้ายาบนรถทำแผล.....

.....

วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่เป็นแสตนเลส หรือ โลหะ เช่น กระปุกใส่ Transfer Forceps, Forceps, Curette, กรรไกรตัดไหม ถาด ใส่เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ หม้อก็อซ/สาลี เป็นต้น.....
.....
.....
Set Sterile ต่างๆ เช่น Set ทาแผล Set เย็บแผล เป็นต้น.....
.....
.....
เข็ม syringe ถุงมือ.....
.....
.....
<u>เครื่องมือแพทย์หรือเครื่องมือทันตกรรมต่าง ๆ</u>
ชุดตรวจฟัน ชุดอุดฟัน ชุดถอนฟัน(ที่ทำด้วยโลหะ).....
.....
ด้ามกรอฟัน(กรอช้า/กรอเร็ว).....
.....
เรื่องขูดหินปูนไฟฟ้า.....
.....
ด้ามจับ Suction , triple Syringe, ท่อนำแสงของเครื่องฉายแสง.....
.....
เครื่องมือ/วัสดุที่ทำด้วยพลาสติกยาง เช่น ด้ามพู่กัน,Rubber cup,ขนแปรงพู่กัน.....
.....
การทำลายเชื้อพื้นผิวที่ปนเปื้อน เช่น เบาะเก้าอี้ทำฟัน ปุ่มปรับต่าง ๆ.....
.....
อื่น ๆได้แก่.....
.....
.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ
☐ หลักฐานการใช้บริการกำจัดขยะติดเชื้อ
☐.....

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

แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อ

ชื่อสถานพยาบาล..... .....

ที่ตั้ง.....เบอร์โทร..... ..

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ..

เรียน.....

ตามที่ผู้ป่วยชื่อ..... อายุ.....ปี

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

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์..... .....

ได้มารับการรักษาที่คลินิกด้วยอาการ

....

....

.....

ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น

....

....

....

....

ตัวอย่าง

จึงขอส่งตัวผู้ป่วย เพื่อวินิจฉัยโรค/รับการรักษาต่อ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้รับอนุญาตสถานพยาบาล/ผู้แทน

อัตราค่าบริการ

คลินิก.....

ลำดับ	บริการ	ค่าบริการ
1	ชั่งน้ำหนัก	ฟรี
2	วัดความดันโลหิต	ฟรี
3	ค่ายริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น	(ราคา) - (ราคา)
4	ค่าบริการปัญหาสุขภาพ	(ราคา) - (ราคา)
5	ค่าบริการวางแผนครอบครัว	(ราคา) - (ราคา)
6	ค่ายริการเช็ดตัวลดไข้	(ราคา) - (ราคา)
7	ค่าบริการทำแผลแห้ง	(ราคา) - (ราคา)
8	ค่าบริการคำแผลเปิด	(ราคา) - (ราคา)
9	ค่าบริการทดสอบการตั้งครรภ์	(ราคา) - (ราคา)
10	ค่าบริการตรวจน้ำตาลในเลือด(ปลายนิ้ว)	(ราคา) - (ราคา)

ตัวอย่าง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

เขียนที่.....

เรื่อง ขอชี้แจงการตั้งชื่อสถานพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ข้าพเจ้า.....

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

ได้ยื่นคำขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล ชื่อ.....

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

อำเภอ.....จังหวัดอุดรธานี

ข้าพเจ้าขอชี้แจงชื่อสถานพยาบาล มีความหมายว่า ดังนี้.....

.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

แผนผังภายใน สถานพยาบาลชื่อ.....

เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด .....อุดรธานี.....

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

(.....)

แผนผังแสดงที่ตั้ง สถานพยาบาลชื่อ.....

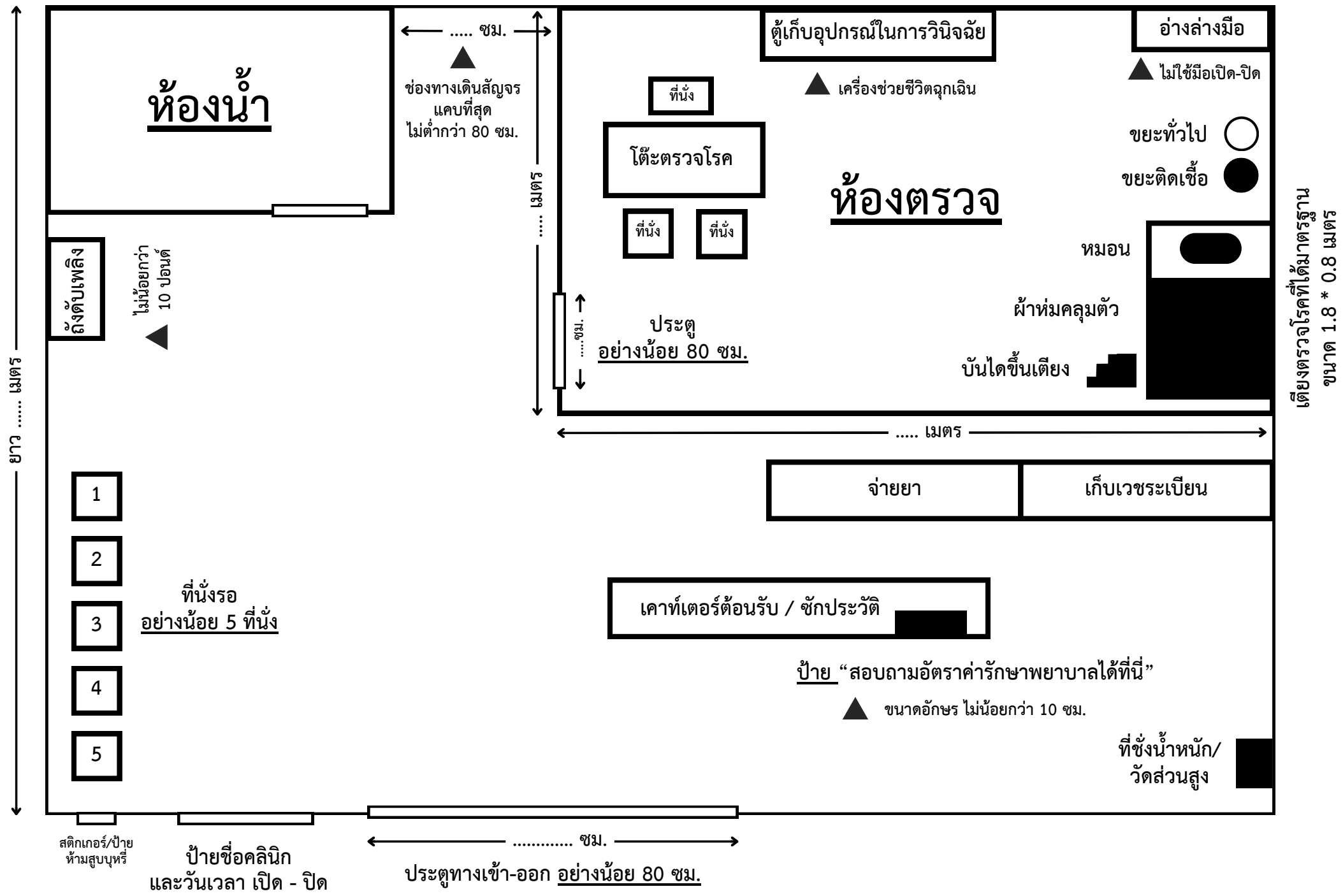
เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด .....อุดรธานี.....

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

(.....)

ตัวอย่าง การเขียนแบบแปลนคลินิก



หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (เจ้าของอาคาร) ..... อายุ ..... ปี อยู่บ้านเลขที่.....ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ .....ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....เป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ในบ้านเลขที่ .....ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด .....

ขอทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้(ผู้ขอประกอบการ)..... อายุ .....ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย.....ถนน ..... หมู่ที่.....ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....ใช้สถานที่ตามสถานที่ดังกล่าวข้างต้น ในการประกอบกิจการ

.....

.....

ได้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ขอรับรองว่าหนังสือฉบับนี้ได้ทำขึ้นโดยถูกต้องตามความเป็นจริง ทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอประกอบการ

(.....) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ..... พยาน

(.....) ตัวบรรจง

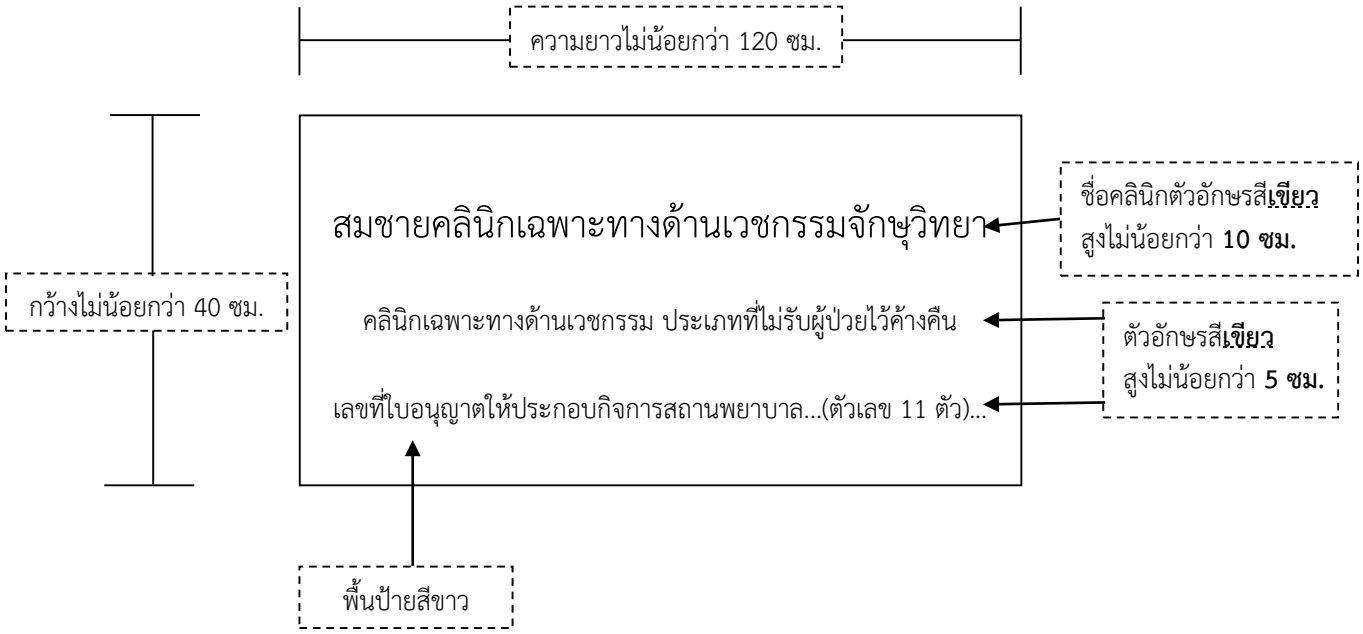
หมายเหตุ ให้แนบเอกสารดังนี้ประกอบด้วย พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้คำยินยอม / เจ้าของบ้าน
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ให้คำยินยอม / เจ้าของบ้าน

หากมีสัญญาเช่าร้าน ให้ถ่ายสำเนาสัญญาเช่าพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแทนหนังสือนี้

ตัวอย่างการจัดทำป้ายชื่อสถานพยาบาล

กรณีคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม (ให้ใช้ตัวอักษรสีเขียว)



สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนใช้พื้นแผ่นป้ายสีขาวและตัวอักษรในแผ่นป้ายแสดงชื่อให้ใช้สีดังต่อไปนี้

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

แบบบันทึกอุณหภูมิตู้เย็น คลินิก .....

ประจำเดือน.....ปี.....

สำหรับยาทั่วไป (2-8 °C)

| อุณหภูมิ (°C) | วันที่ | | |

แบบบันทึกอุณหภูมิตู้เย็น คลินิก .....

ประจำเดือน.....ปี.....

สำหรับวัคซีน (-10 ถึง -20 °C)

อุณหภูมิ (°C)	วันที่																																														
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย	ช	ย
0																																																															
-1																																																															
-2																																																														
-3																																																														
-4																																																														
-5																																																														
-6																																																														
-7																																																														
-8																																																														
-9																																																														
-10																																																														
-11																																																														
-12																																																														
-13																																																														
-14																																																														
-15																																																														
-16																																																														
-17																																																														
-18																																																														
-19																																																														
-20																																																														
-21																																																														
-22																																																														
-23																																																														
-24																																																														
-25																																																														