

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑.ข้าพเจ้า (ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

(บุคคลธรรมดา) ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน

(นิติบุคคล) ชื่อ.....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

สถานพยาบาล (คลินิก) ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการ

คลินิกตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....ปัจจุบันมีผู้ดำเนินการคลินิกชื่อ.....

๒.ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๘

จำนวน ๕๐๐ บาท และเงินเพิ่ม จำนวน บาท

(กรณีมาชำระภายหลังวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ ต้องชำระเงินเพิ่มเดือนละ ๒๕ บาท)

๓.ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร หลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

๓.๑ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(กรณีไม่มีหรือยังไม่ได้รับสมุดทะเบียน กรุณาแนบสำเนาใบประกอบกิจการสถานพยาบาล ส.พ.๗)

๓.๒ รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.๒๓)

๓.๓ อื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการฯ

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน

(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก		ส่วนนี้สำหรับผู้ประกอบการ
ลงข้อมูล <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> ฐานข้อมูล สบส.	ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่..... / เลขที่..... จำนวนเงิน..... บาท วันที่/...../..... ลงชื่อ จนท.ผู้มอบแบบ ส.พ.๑๒ / ลงรายการใบสำคัญรับเงินลง ชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....)(ตัวบรรจง)	ข้าพเจ้าได้รับ <input type="checkbox"/> ส.พ.๑๒ เลขที่..... <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียน คืบแล้ว ลงชื่อ.....ผู้รับคืน (.....)(ตัวบรรจง) วันที่/...../.....

รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ประจำปีงบประมาณ
(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง 30 กันยายน ของปีปัจจุบัน)

๑. ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล
- ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน
- ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
- รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร.....
- ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
- ๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขที่ใบอนุญาต.....
- ๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

๒. ลักษณะสถานพยาบาลและจำนวนการให้บริการ

- ๒.๑ ลักษณะสถานพยาบาล.....(คลินิกเฉพาะทาง ระบุสาขา).....
- ๒.๒ จำนวนผู้ป่วยคน.....ครั้ง
- ๒.๓ จำนวนการให้บริการ
- ๒.๓.๑ เวชกรรมครั้ง
- ๒.๓.๒ เวชกรรมเฉพาะทาง.....ครั้ง
- ๒.๓.๓ ทันตกรรม
- ส่งเสริม, ป้องกัน.....ครั้ง
- รักษา.....ครั้ง
- ๒.๓.๔ ทันตกรรมเฉพาะทาง
- ส่งเสริม, ป้องกัน.....ครั้ง
- รักษา.....ครั้ง
- ๒.๓.๕ กายภาพบำบัด (เวชศาสตร์ฟื้นฟู)
- กายภาพบำบัด.....ครั้ง
- กายอุปกรณ์.....ครั้ง
- ๒.๓.๖ การผ่าตัดเล็ก.....ครั้ง
- ๒.๓.๗ ล้างไต.....ครั้ง
- ๒.๓.๘ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้ง
- ๒.๓.๙ รังสีวินิจฉัยครั้ง

๒.๓.๑๐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์

การตรวจก่อนคลอด.....	ครั้ง
การทำคลอดปกติ.....	ครั้ง
การดูแลหลังคลอด.....	ครั้ง

๒.๓.๑๑ การแพทย์แผนไทย ครั้ง

๓. เครื่องมือที่สำคัญและยานพาหนะ

๓.๑ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	เครื่อง
๓.๒ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า	เครื่อง
๓.๓ เครื่องล้างไต	เครื่อง
๓.๔ เครื่องสลายนิ่ว	เครื่อง
๓.๕ เครื่องอัลตราซาวด์ (ไม่นับรวมเครื่อง droptone)	เครื่อง
๓.๖ เครื่องเลเซอร์	เครื่อง
๓.๗ รถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน.....	คัน
๓.๘ อื่น ๆ (ระบุ).....	

(ลายมือชื่อ)

(.....

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ)

(.....

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วันที่รายงาน