

**คู่มือสำหรับประชาชน: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
  - 1) พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวงประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาตามกฎหมาย  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ  
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0  
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0  
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
11. ช่องทางการให้บริการ
  - 1) **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจังหวัดอุทัยธานี ชั้น 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตำบลน้ำซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี เบอร์โทรศัพท์ 0 5651 1565 ต่อ 105 -106 / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  
**ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)  
ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.  
**หมายเหตุ -**

## 12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

### 1.หลักเกณฑ์

กำหนดให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

- 1.มีการเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล
- 2.การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ
- 3.การเปลี่ยนชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด

### 2.วิธีการ

- 1.ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 2.พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตรวจสอบการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 3.ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตฯ / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

### 3.เงื่อนไข

- 1.การนี้ระยะเวลา 4 วันทำการ “ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันที่มีคณั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ”
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในวันทักให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

### 3. ช่องทาง

ขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นเรื่องที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

การตรวจสอบการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลโดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

การส่งใบอนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้กับผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ในเขตจังหวัดอุทัยธานี ให้รับใบอนุญาตที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจังหวัดอุทัยธานี ชั้น 1 และชำระค่าธรรมเนียมที่ห้องการเงิน ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

4. แบบคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.22) และให้ยื่นการขอรับใบแทน ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.21) ด้วย

รายการเอกสาร/หลักฐานดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ดำเนินการ
- 2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 5) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 6) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
- 7) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้

ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

### 13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก	1 ชั่วโมง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบเอกสาร	5 ชั่วโมง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	-
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	2 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	-
4)	-	ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ดำเนินการ	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 4 วันทำการ

### 14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว 3 วันทำการ

### 15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

#### 15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
2)	ทะเบียนบ้าน ผู้ดำเนินการ	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง

### 15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอแก้ไข เปลี่ยนแปลง รายการ ใบอนุญาตให้ ดำเนินการคลินิก (สป. 22)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
3)	กรณีเปลี่ยนชื่อ สถานพยาบาล (ให้แนบเอกสาร ที่เกี่ยวข้องในการ เปลี่ยนชื่อ)	-	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
4)	รูปถ่าย ขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 2 รูป	-	2	0	ฉบับ	ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี
5)	กรณีการเปลี่ยน เลขที่ตั้งชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ให้แนบ เอกสาร)	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
6)	กรณีการเปลี่ยน ชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
7)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
8)	คำขอรับใบแทน ใบอนุญาตให้ ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.21)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-

#### 16. ค่าธรรมเนียม

##### 1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 100 บาท

หมายเหตุ (กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้ดำเนินการไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง)

##### 2) ค่าธรรมเนียมการขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.21)

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

หมายเหตุ -

#### 17. ช่องทางการร้องเรียน

##### 1) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตำบลน้ำซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี 61000

หมายเหตุ-

##### 2) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดอุทัยธานี ศาลากลางจังหวัดอุทัยธานี ถนนศรีอุทัย ตำบลอุทัยใหม่ อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี 61000

หมายเหตุ-

3) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ 0 5651 1565 ต่อ 105 – 106

หมายเหตุ-

4) ช่องทางการร้องเรียน โทรสาร 0 5651 1327

หมายเหตุ-

5) ช่องทางการร้องเรียน E-mail : fdapv61@fda.moph.go.th

หมายเหตุ-

#### 18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

1) คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.22)

-

2) คำขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.21)

-

#### 19. หมายเหตุ

-