

คู่มือสำหรับประชาชน: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกกรณีผู้รับอนุญาตตาย
หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกกรณีผู้รับอนุญาตตาย
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (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 ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกกรณีผู้รับอนุญาตตาย 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. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. เกณฑ์

ผู้ที่ประสงค์จะประกอบกิจการคลินิกแพนกรณีผู้รับอนุญาตตาย ให้ยื่นหนังสือแสดงความจำนงต่อผู้อนุญาตตามแบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14) ให้ผู้อนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย

2. เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 8 วันทำการ “ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันที่มีคิมนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ”

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในวันที่ยื่นให้แก่ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. แบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)

รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาใบมรณะบัตรของผู้อนุญาต
4. ใบรับรองแพทย์

5.ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

6.สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

7.สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

8.สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วัน นับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติบันทึกสมุด	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	-
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	-
4)	-	ส่งมอบใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 8 วันทำการ

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	1.ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบ อำนาจต้องมี สำเนาบัตร ประชาชนของ ผู้มอบอำนาจ (ผู้มีอำนาจลงชื่อ แทนนิติบุคคล ทุกคน) และผู้รับ มอบอำนาจที่ ลงนามเรียบร้อย ครบถ้วน)
2)	หนังสือรับรอง นิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	0	1	ฉบับ	สำเนาหนังสือ รับรองจดทะเบียน วัตถุประสงค์และ ผู้มีอำนาจลงชื่อ แทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติ บุคคล) ลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	หนังสือแสดง ความจำเป็น ผู้รับใบอนุญาต ให้ประกอบ กิจการ สถานพยาบาล กรณีผู้รับ อนุญาตตาย (สป.14)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
2)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สป.7)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
3)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สป.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
4)	ทะเบียนบ้าน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	ของผู้แสดงความ จำเป็นและลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง
5)	ใบรับรองแพทย์	-	1	0	ฉบับ	ของผู้แสดงความ จำเป็นมีอายุไม่เกิน 6 เดือน
6)	ใบมรณะบัตร ของผู้รับอนุญาต	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
7)	เอกสารแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล	-	0	1	ฉบับ	ของผู้แสดงความ จำเป็นลงนาม รับรองสำเนา

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						ถูกต้อง
8)	หนังสือมอบ อำนาจ	-	1	0	ฉบับ	กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบ อำนาจให้ติดอากร แสตมป์

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

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) หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)

-

19. หมายเหตุ

-