

คู่มือสำหรับประชาชน: การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
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 -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก 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. หลักเกณฑ์

มาตรา 21 การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลให้แก่บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ตามมาตรา 17 ให้กระทำได้เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตการขอโอนใบอนุญาตและการอนุญาตให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

2. วิธีการ

1. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอโอนให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
2. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตรวจสอบ การโอนในการประกอบกิจการคลินิก
3. ผู้อนุญาตพิจารณาการโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

3. เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 8 วันทำการ “ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้อง ยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันที่ยื่นนั้น จะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ”
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจ สามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในวันที่ยื่นให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

4. ช่องทาง

1. การขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ ให้ยื่นเรื่องที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

2. การตรวจสอบการขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

3. การส่งใบอนุญาตที่โอนกิจการสถานพยาบาลให้กับผู้ประกอบการคลินิกในเขตจังหวัดอุทัยธานี ให้รับใบอนุญาตที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจังหวัดอุทัยธานี ชั้น 1 และชำระค่าธรรมเนียมที่ห้องการเงิน ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

5. แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบสพ.13)

1. กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับโอน
- 2) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- 5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 6) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์
- 7) ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน
- 8) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิติบุคคล)

กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

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

ระยะเวลาดำเนินการรวม 8 วันทำการ

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวผู้โอน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
2)	บัตรประจำตัวผู้รับโอน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอโอน ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ.13)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
2)	สำเนาทะเบียน บ้านผู้โอน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
3)	สำเนาทะเบียน บ้านผู้รับโอน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
4)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
5)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
6)	ใบรับรองแพทย์ ของผู้รับโอน	-	1	0	ฉบับ	ใบรับรองแพทย์ ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน
7)	เอกสารที่เป็น หลักฐาน เกี่ยวข้องกับการ โอนกรรมสิทธิ์	-	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
8)	สำเนาหนังสือ รับรองการจด ทะเบียน วัตถุประสงค์และ ผู้มีอำนาจลงชื่อ แทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับโอน	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	เป็นนิติบุคคล)					

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) คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.13)

-

19. หมายเหตุ

-