

**คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียน
สถานพยาบาล**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
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 การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก/การขอใบแทนสมุดทะเบียน
สถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจังหวัดอุทัยธานี ชั้น 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุทัยธานี 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

1 กรณีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) หรือ

2 สมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลแจ้งต่อผู้ขออนุญาตและยื่นขอรับใบแทนใบอนุญาตและใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับการขออนุญาตสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

2. เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 8 วันทำการ "ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในวันทีกมิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ"

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในวันที่กให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. ช่องทาง

1. การยื่นคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้ยื่นเรื่องที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

2. การตรวจสอบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลโดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

3. การส่งใบอนุญาตใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือคำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้กับผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ในเขตจังหวัดอุทัยธานี ให้รับใบอนุญาตที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจังหวัดอุทัยธานี ชั้น 1 และชำระค่าธรรมเนียมที่ห้องการเงิน ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

4.แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (แบบ สพ.15)

เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่น

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีถูกทำลาย)
- 5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(กรณีถูกทำลาย)
- 6) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)
- 7) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ : ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วัน นับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียน บันทึกใบประวัติบันทึกสมุด ทะเบียนสถานพยาบาล	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี	-
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี	-
4)	-	ส่งมอบใบแทนใบอนุญาต ให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สพ.7) / สมุดทะเบียน สถานพยาบาล	1 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี	-

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	1	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาบัตร ประชาชนผู้ ประกอบกิจการ กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและ สำเนาบัตร

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						ประชาชนผู้รับ มอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคล รับรองสำเนาบัตร ประชาชนผู้มีสิทธิ์ ลงนามทุกคน
2)	หนังสือเดินทาง	กองตรวจลงตรา และเอกสาร เดินทางคนต่าง ด้าว	1	1	ฉบับ	กรณีเป็น ชาวต่างชาติลง นามรับรองสำเนา ถูกต้อง
3)	ใบสำคัญการ เปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	กรณีเปลี่ยนชื่อ/ สกุลลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
4)	หนังสือรับรอง นิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	1	1	ฉบับ	กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรอง สำเนาหนังสือ รับรองนิติบุคคล

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	คำขอรับใบแทน ใบอนุญาตกรณี ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ 15) หรือ สมุดทะเบียน สถานพยาบาล	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	สูญหายหรือ ถูกทำลายใน สาระสำคัญ					
2)	สำเนาทะเบียน บ้าน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
3)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สป.7) กรณี ถูกทำลาย	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
4)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล กรณีถูกทำลาย	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
5)	หนังสือแจ้งความ กรณีสูญหาย	สถานีตำรวจนคร บาลท้องที่	1	0	ฉบับ	-

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) แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล
(แบบ สป.15)

-

19. หมายเหตุ

-