

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกรณีผู้รับอนุญาต
เสียชีวิต

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ : การขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกรณีผู้รับอนุญาตเสียชีวิต
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
3. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ : อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - 2) กฎกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2560
 - 3) กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2560
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา การลดขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 34 วัน
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการ
เพื่อสุขภาพกรณีผู้รับอนุญาตเสียชีวิต
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการ ศูนย์ราชการสะดวก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ชั้น 1 ตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง
อุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี เบอร์โทรศัพท์ 0 5651 1565 ต่อ 105 -106 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
08:30 - 16:30 น. (ไม่หยุดพักเที่ยง)

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1) หลักเกณฑ์

1.1 ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตถึงแก่ความตาย หากผู้จัดการมรดกหรือทายาท ประสงค์จะประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อไป ให้ยื่นคำขอรับโอนใบอนุญาตต่อผู้อนุญาตพร้อมด้วยเอกสารและหลักฐาน ตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอรับโอนใบอนุญาต (สพส.5) ภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย

1.2 ผู้ขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1.2.1 เป็นบุคคลล้มละลาย

1.2.2 เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

1.2.3 เป็นผู้เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าเป็นผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับเพศตามประมวลกฎหมายอาญา ความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ หรือความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี

1.2.4 เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคพิษสุราเรื้อรังหรือติดยาเสพติดให้โทษ

1.2.5 เป็นผู้อยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

1.2.6 เป็นผู้เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และยังไม่พ้นกำหนด 2 ปี นับถึงวันที่ยื่นคำขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

2) เงื่อนไข

2.1 การนับระยะเวลาวันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2.2 กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

3) วิธีการในการยื่นคำขอโอนใบอนุญาตฯ

3.1 ผู้ขอรับโอนใบอนุญาต ยื่นคำขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกรณีผู้รับอนุญาตถึงแก่ความตาย (สพส.5) ณ ศูนย์ราชการสะดวก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารตามแบบคำขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกรณีผู้รับอนุญาตถึงแก่ความตาย

3.2 เมื่อเอกสารหลักฐานตามแบบคำขอรับโอนใบอนุญาตฯ ครบถ้วน เจ้าหน้าที่ลงรับคำขอรับโอนใบอนุญาตฯ หากเอกสารและหลักฐานไม่ครบถ้วน ผู้รับคำขอฯ ให้คำแนะนำแก่ผู้ยื่นคำขอฯ เพื่อจัดเตรียมเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมให้ครบ และนำมายื่นอีกครั้ง

3.3 ผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายในการตรวจประเมินความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารคำขอ ในขั้นตอนนี้ หากพบว่าต้องเพิ่มเติมเอกสารหรือแก้ไข ต้องมีหนังสือแจ้งผู้ยื่นคำขอฯ ภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับคำขอฯ ถ้าผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ส่งเอกสารเพิ่มเติมหรือไม่แก้ไขภายใน 30 วัน ให้จำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ หากเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง เจ้าหน้าที่เสนอผู้อนุญาตพิจารณาคำขอฯ ต่อไป

3.4 ในกรณีที่มีคำสั่งไม่อนุญาต ให้มีหนังสือแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอฯ ทราบพร้อมด้วยเหตุผลและสิทธิอุทธรณ์ ทั้งนี้ ภายใน 7 วันนับแต่วันที่มิคำสั่งไม่อนุญาต

3.5 ในกรณีที่มีคำสั่งอนุญาต ให้มีหนังสือแจ้งผู้ยื่นคำขอฯ มาชำระค่าธรรมเนียมการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตฯ ภายใน 60 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งดังกล่าว

3.6 เมื่อผู้ยื่นคำขอฯ ได้ชำระค่าธรรมเนียมการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตฯ แล้ว ให้ผู้อนุญาต ออกใบอนุญาตใหม่ตามใบอนุญาตเดิม เว้นแต่รายการที่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไข โดยให้กำกับคำว่า “โอนใบอนุญาต” พร้อมระบุชื่อผู้โอน และวัน เดือน ปี ที่ออกใบอนุญาต ไว้ที่มุมบนด้านซ้าย ทั้งนี้ภายใน 7 วันนับแต่วันที่ได้รับชำระค่าธรรมเนียม

3.7 ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่มาชำระค่าธรรมเนียมในระยะเวลา ให้ถือว่าผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ประสงค์จะดำเนินการต่อ และให้จำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1.	การยื่นคำขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกรณีผู้รับอนุญาตถึงแก่ความตาย (สพส.5) หากเอกสารครบถ้วน เจ้าหน้าที่ลงรับคำขอรับ	1 วัน	ศูนย์ราชการสะดวก
2.	การตรวจพิจารณาเอกสารและเสนอผู้อนุญาต 1. เจ้าหน้าที่พิจารณาการยื่นคำขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 2. เสนอผลการพิจารณาเพื่อเสนอความเห็นต่อผู้อนุญาต 3. เจ้าหน้าที่สรุปผลการอนุญาตการขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 4. จัดทำหนังสือแจ้งผลการอนุญาตและการให้มาชำระค่าธรรมเนียม ให้ผู้ยื่นคำขอฯ	25 วัน	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
3.	รับชำระค่าธรรมเนียม	1 วัน	ศูนย์ราชการสะดวก
4.	การออกใบอนุญาต ผู้รับอนุญาตนำหลักฐานการชำระเงินมาติดต่อบริษัทใบอนุญาต ซึ่งจะนัดมารับภายใน 7 วันหลังชำระเงิน	7 วัน	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข/ ศูนย์ราชการสะดวก

ระยะเวลาดำเนินการรวม 34 วัน

14. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

ที่	รายการเอกสารหลักฐาน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1.	ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1	0	ฉบับ	
2.	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
3.	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
4.	ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน	สถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชนที่ถูกกฎหมาย	1	0	ฉบับ	(ออกไม่เกิน 6 เดือน และต้องมีตราจากหน่วยงานหรือคลินิกที่รับรอง)
5.	ใบมรณะบัตรของผู้รับโอน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
6.	เอกสารหลักฐานการเป็นผู้จัดการมรดกของผู้รับโอน	ศาลแพ่ง (กทม.) ศาลจังหวัด	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
7.	เอกสารหลักฐานการเป็นทายาทของผู้รับโอน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
8.	หนังสือรับรองนิติบุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	0	1	ฉบับ	(กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
9.	เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของอาคาร		0	1	ฉบับ	(กรณีผู้ยื่นคำขอไม่ใช่เจ้าของอาคารหรือสถานที่ ต้องมีสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่จากเจ้าของอาคารหรือหนังสือแสดงกรรมสิทธิ)

ที่	รายการเอกสาร หลักฐาน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
10.	หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)		0	1	ฉบับ	

15. ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท)
1.	ค่าธรรมเนียมการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	300

16. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ร้องเรียนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตำบลน้ำซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี 61000
- 2) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดอุทัยธานี ศาลากลางจังหวัดอุทัยธานี ถนนศรีอุทัย ตำบลอุทัยใหม่ อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี 61000
- 3) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ 0 5651 1565 ต่อ 105 – 106
- 4) ช่องทางการร้องเรียน โทรสาร 0 5651 1327
- 5) ช่องทางการร้องเรียน <http://uthaihealth.moph.go.th>
- 6) ช่องทางการร้องเรียน www.thaispa.go.th หรือ <http://m.facebook.com/Departmentofhealthservicesupport/>
- 7) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.10300

17. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) คำขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกรณีผู้รับอนุญาตถึงแก่ความตาย (แบบ สพส.5)

18. หมายเหตุ

-