

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์เพื่อใช้ใน
สถานพยาบาล (กรณีสถานพยาบาลเอกชน)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขอใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์เพื่อใช้ในสถานพยาบาล (กรณีสถานพยาบาลเอกชน)
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทพ.ศ.2518 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพ.ร.บ. วัตถุฯ (ฉบับที่2) พ.ศ.2528 (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2535 และ (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2543
 - 2) กฎกระทรวงฉบับที่ 1 (พ.ศ.2520) ออกตามความในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518
6. ระดับผลกระทบ: บริการที่มีความสำคัญด้านเศรษฐกิจ/สังคม
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเรื่องกำหนดระยะเวลาการปฏิบัติราชการเพื่อบริการประชาชนพ.ศ. 2550 ลงวันที่ 23 พฤษภาคมพ.ศ. 2557
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 3 วันทำการ
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์เพื่อใช้ในสถานพยาบาล (กรณีสถานพยาบาลเอกชน) 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

ผู้มีสิทธิยื่นคำขอ: ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทันตกรรมหรือสัตวแพทย์ซึ่งได้รับอนุญาตให้จัดตั้งสถานพยาบาล

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของคำขอ และเอกสารประกอบคำขอ ออกเลขรับคำขอ หากคำขอ และเอกสารประกอบคำขอ ครบถ้วนถูกต้อง	1 ชั่วโมง	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี	-
2)	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่พิจารณาความเหมาะสมและดำเนินการออกใบอนุญาตฯเสนอผู้อนุญาต	2 วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี	-
3)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	ผู้อนุญาตพิจารณาอนุญาตหรือไม่อนุญาตและลงนามในใบอนุญาตฯ หรือหนังสือแจ้งไม่อนุญาต	3 ชั่วโมง	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี	-
4)	-	เจ้าหน้าที่แจ้งผลพิจารณาให้ผู้ขออนุญาตฯทราบและรับใบอนุญาตหรือหนังสือแจ้งไม่อนุญาต	3 ชั่วโมง	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 3 วันทำการ

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว 5 วันทำการ

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ						

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	ใบตรวจรับ เอกสารประกอบ คำขอรับ ใบอนุญาตให้มี ไว้ในครอบครอง หรือใช้ประโยชน์ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ เพื่อใช้ใน สถานพยาบาล (สำหรับ สถานพยาบาล เอกชน) F-N2-29	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	(*กรุณาเตรียม เอกสารตามใบ ตรวจรับเอกสาร ประกอบคำขอฯ ให้ครบถ้วนและ ถูกต้องก่อนการ ยื่นขอรับอนุญาต หากเอกสารเป็น สำเนาให้ลง ลายมือชื่อรับรอง สำเนาถูกต้อง ทุกฉบับ)
2)	แบบคำขอรับ ใบอนุญาตให้มี ไว้ในครอบครอง หรือใช้ประโยชน์ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ (แบบค.จ.1)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
3)	แผนที่ที่ตั้งของ สถานพยาบาล	-	1	0	ฉบับ	-
4)	รูปถ่ายคลินิก หรือโรงพยาบาล จำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดง ลักษณะอาคาร , รูปที่ 2 แสดงป้าย , เลขที่ของสถาน ที่ตั้ง)	-	1	0	ฉบับ	-
5)	หนังสือมอบ อำนาจให้ผู้อื่น มายื่นเอกสาร เกี่ยวกับ ใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-
6)	หนังสือมอบ อำนาจให้เป็น ผู้ดำเนินกิจการ ในใบอนุญาต	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี	1	0	ฉบับ	-

16. ค่าธรรมเนียม

1) ใบอนุญาต

ค่าธรรมเนียม 100 บาท

หมายเหตุ (ช่องทางการชำระค่าธรรมเนียม ชำระค่าธรรมเนียมที่ห้องการเงิน ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการชำระค่าธรรมเนียม 15 นาที)

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) แบบค.จ.1 และตัวอย่างการกรอกเอกสาร

-

19. หมายเหตุ

กรุณาเตรียมเอกสารตามใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอฯ ให้ครบถ้วนและถูกต้องก่อนการยื่นขอรับอนุญาตหากเอกสารเป็นสำเนาให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

เวลาดำเนินการไม่รวมเวลาที่ผู้รับบริการใช้ในการชำระค่าธรรมเนียมและมารับใบอนุญาต