

คู่มือสำหรับประชาชน: ๑๐.การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

- ๑) พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศ
ระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มีการกำหนดระยะเวลาในกฎหมาย
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ นาที

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก
๒๙/๐๗/๒๕๕๘ ๑๖:๑๗

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

- ๑) **สถานที่ให้บริการ** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

๑. หลักเกณฑ์

๑.๑ เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล

๑.๒ เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต

๑.๓ เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด

๑.๔ เปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิปัตร หรือหนังสืออนุมัติ

๑.๕ เปลี่ยนแปลงเวลาทำการ

๑.๖ อื่นๆ

๒. เงื่อนไข

๒.๑ การันตีระยะเวลา ๑๑ วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์

เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒.๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

๓.วิธีการ

๓.๑.ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก

๓.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงรายการในการประกอบกิจการคลินิก

๓.๓ ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาต การเปลี่ยนแปลงรายการการประกอบกิจการคลินิก/ลงบันทึกในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

๓.๔ ส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิก

ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๔.ให้ยื่นแบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๐) และให้ยื่นการขอใบแทนใบอนุญาต ใบประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วย(แบบส.พ.๑๕)

๔.๑ กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

- ๑) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ
- ๓) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

๕)ใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๖) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

๗) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

๔.๒ กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ ๑ ดังนี้

- ๑) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน (มีอายุไม่เกิน ๖ เดือน) และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
- ๒) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- ๓) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- ๔) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- ๕) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๑๓.ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอการเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกที่สสอ. ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่/ ตรวจสอบเอกสารคำขอและส่งเอกสารให้สสจ.ชลบุรี	๑ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-
๒)	การพิจารณาและลงนาม	๑.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอการเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก ๒.ลงข้อมูลในระบบสารสนเทศ ๓.พิมพ์ใบอนุญาตเสนอผู้มีอำนาจลงนาม ๔.ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาต ๕.ทำหนังสือส่งใบอนุญาตให้สสอ.ที่ผู้ขออนุญาตมายื่นคำขออนุญาตเพื่อส่งมอบให้ผู้ประกอบการต่อไป	๑๐ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๑ วันทำการ (ไม่รวมระยะเวลารอคอย)

๑๔.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

๑๕.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	คำขอแก้ไข เปลี่ยนแปลง รายการใบ อนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (ส.พ.๑๐)	สำนัก สถานพยาบาลและ การประกอบโรค ศิลปะ	๑	๐	ฉบับ	-
๒)	สำเนาทะเบียน บ้านผู้ประกอบการ กิจการ	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
๓)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ.๘)	สำนัก สถานพยาบาลและ การประกอบโรค ศิลปะ	๑	๐	ฉบับ	-
๔)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล	สำนัก สถานพยาบาลและ การประกอบโรค ศิลปะ	๑	๐	ฉบับ	-
๕)	กรณีการเปลี่ยน ชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต (ให้แนบเอกสาร)	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
๖)	กรณีการเปลี่ยน เลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ให้แนบ เอกสาร)	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
๗)	กรณีเปลี่ยนชื่อ สถานพยาบาล (ให้แนบเอกสาร)	สำนัก สถานพยาบาลและ การประกอบโรค ศิลปะ	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)

๑๖.ค่าธรรมเนียม

๑) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม ๑๐๐ บาท

หมายเหตุ (กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้รับอนุญาตไม่ต้องเสียธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง)

๒) ค่าใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ค่าธรรมเนียม ๒๐๐ บาท

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) ช่องทางการร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ๒๙/๙ ม.๔ ถ.วชิรปราการ ต.บ้านสวน อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี
- ๒) ช่องทางการร้องเรียน โทรศัพท์ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๘๔

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- ๑) คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๐)
- ๒) การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๕)

๑๙. หมายเหตุ

๑. ผู้ขออนุญาตจะควรรื่นก่อนเวลา ๑๑.๓๐น. และ ๑๕.๐๐น. เพื่อความสะดวกในการชำระค่าธรรมเนียม
๒. ระยะเวลาที่แจ้งไม่นับระยะเวลารอคอย
๓. เอกสารที่เป็นสำเนาทั้งหมดต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับ กรณีนิติบุคคลต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับโดยผู้ดำเนินการหรือกรรมการที่มีอำนาจลงนามจากหนังสือรับรองของนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจทั่วไปที่มีอำนาจลงนามรับรองเอกสารได้พร้อมประทับตราสำคัญของบริษัท

ปรับปรุงวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๕