คู่มือสำหรับประชาชน: ๑๒.การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

---

๑. **ชื่อกระบวนงาน**: การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

๒. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน:** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

๓. **ประเภทของงานบริการ:** กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. **หมวดหมู่ของงานบริการ:** อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**

๑) *พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบที่ออกตาม พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘*

๖. **ระดับผลกระทบ:** บริการทั่วไป

๗. **พื้นที่ให้บริการ:** ส่วนภูมิภาค

๘. **กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา** -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ นาที

๙. **ข้อมูลสถิติ**

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๑๐.**ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** [สำเนาคู่มือประชาชน] การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก ๒๙/๐๗/๒๕๕๘ ๑๗:๐๙

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

มาตรา ๒๑ การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้แก่บุคคล ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๗ ให้กระทำได้ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตการขอโอนใบอนุญาตและการอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

๒.วิธีการ

๒.๑ ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอโอนให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๒.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการการโอนในการประกอบกิจการคลินิก

๒.๓ ผู้อนุญาตพิจารณาการโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

๓.เงื่อนไข

๓.๑ การนับระยะเวลา ๑๑ วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์

เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๓.๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

๔.ช่องทาง

๔.๑ การขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ ให้ยื่นเรื่องที่ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๔.๒ การตรวจสอบการขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๔.๓ การส่งใบอนุญาตที่โอนกิจการสถานพยาบาลให้กับผู้ประกอบกิจการคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๕.แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๓)

๕.๑ กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

๑) สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับโอน

๒) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน

๓) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

๕) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๖) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์

๗) ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน

๘) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิติบุคคล) กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๑๓.ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ยื่นคำขอการโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกที่ สสอ.ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่/ตรวจสอบเอกสารคำขอและส่งเอกสารให้ สสจ.ชลบุรี	๑ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๒)	การพิจารณาและลงนาม	๑.พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก ๒.ลงข้อมูลในระบบสารสนเทศ ๓.พิมพ์ใบอนุญาตเสนอผู้มีอำนาจลงนาม ๔.ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาต ๕.ทำหนังสือส่งใบอนุญาตให้ สสอ.ที่ผู้ขออนุญาตมายื่นคำขออนุญาตเพื่อส่งมอบให้ผู้ประกอบการต่อไป	๑๐ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๑ วันทำการ (*ไม่รวมระยะเวลารอคอย*)

๑๔.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวผู้โอน	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
๒)	บัตรประจำตัวผู้รับโอน	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ	สำนักสถานพยาบาลและ	๑	๐	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	สถานพยาบาล (ส.พ.๑๓)	การประกอบโรคศิลปะ				
๒)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้โอน	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
๓)	สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับโอน	-	๐	๑	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
๔)	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล(ส.พ.๘)	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	๑	๐	ฉบับ	-
๕)	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	๑	๐	ฉบับ	-
๖)	ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน	-	๑	๐	ฉบับ	(ใบรับรองแพทย์ออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)
๗)	เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์	-	๐	๑	ฉบับ	(เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
๘)	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนวัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิติบุคคล)	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

๑๖.ค่าธรรมเนียม

๑) **ค่าธรรมเนียม**

ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต ๓๐๐ บาท

ค่าเปลี่ยนแปลง ๑๐๐ 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) คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สพ๑๓

๑๙. หมายเหตุ

๑.ผู้ขออนุญาตจะควรยื่นก่อนเวลา ๑๑.๓๐น. และ ๑๕.๐๐น. เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบเอกสาร

๒.เพื่อความสะดวกในการรับบริการ ผู้ขออนุญาตควรโทรศัพท์ติดต่อนัดหมายเจ้าหน้าที่ก่อนทุกครั้งที่จะเข้ามาติดต่อ

๓.ระยะเวลาที่แจ้งไม่นับระยะเวลารอคอย

๔.เอกสารที่เป็นสำเนาทั้งหมดต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับ กรณีนิติบุคคลต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับโดยผู้ดำเนินกิจการหรือกรรมการที่มีอำนาจลงนามจามหนังสือรับรองของนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจทั่วไปที่มีอำนาจลงนามรับรองเอกสารได้พร้อมประทับตราสำคัญของบริษัท