

คู่มือสำหรับประชาชน: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกกรณีผู้รับอนุญาตตาย
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
 กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกกรณีผู้รับอนุญาตตาย
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ. สถานพยาบาลพ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวงประกาศระเบียบที่ออกตามพ.ร.บ.สถานพยาบาลพ.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 การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกกรณีผู้รับอนุญาตตายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ถนนการุณราชบุรี ตำบลตลาดอำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เบอร์โทรศัพท์ 077-273998, 077-283703 / ติดต่อด้วยตนเองณหน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ (กรณีชำระค่าธรรมเนียมปิดบริการ 16.00 น .)
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. เกณฑ์

ผู้ที่ประสงค์จะประกอบกิจการคลินิกแทนกรณีผู้รับอนุญาตตายให้ยื่นหนังสือแสดงความจำนงต่อผู้อนุญาตตามแบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14) ให้ผู้อนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย

2. เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 21 วันทำการ" ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ";

2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทนต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก่ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

3. แบบคำขอหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14) รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

1 สำเนาบัตรประชาชน

2 สำเนาทะเบียนบ้าน

3 สำเนาใบมรณะบัตรของผู้อนุญาต

4 ใบรับรองแพทย์

5 ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

6 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

7 สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

8 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ/เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐานลงทะเบียนมอบใบชำระค่าธรรมเนียม	1 วัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-
2)	การพิจารณา	ตรวจสอบทะเบียนบันทึกใบประวัติบันทึกสมุด	14 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ	ผู้อนุญาตลงนาม	5 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-
4)	-	ส่งมอบใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7)	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม 21 วันทำการ

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(1. ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง 2.กรณีมอบ อำนาจต้องมี สำเนาบัตร ประชาชนของผู้ มอบอำนาจ(ผู้มี อำนาจลงชื่อแทน นิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบ อำนาจที่ลงนาม เรียบร้อย ครบถ้วน)
2)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล	กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า	0	1	ฉบับ	(สำเนาหนังสือ รับรองจดทะเบียน วัตถุประสงค์และ ผู้มีอำนาจลงชื่อ แทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติ บุคคล) ลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	หนังสือแสดง ความจำเป็น ผู้รับใบอนุญาต	สำนัก สถานพยาบาล และการประกอบ	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ให้ประกอบ กิจการ สถานพยาบาล กรณีผู้รับ อนุญาตตาย (สพ.14)	โรคติดต่อ				
2)	ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ สถานพยาบาล (สพ.7)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สุราษฎร์ธานี	1	0	ฉบับ	-
3)	สมุดทะเบียน สถานพยาบาล (สพ.8)	สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สุราษฎร์ธานี	1	0	ฉบับ	-
4)	ทะเบียนบ้าน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนงและลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)
5)	ใบรับรองแพทย์	-	1	0	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนงมีอายุไม่เกิน 6 เดือน)
6)	ใบมรณะบัตร ของผู้รับอนุญาต	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง)
7)	เอกสารแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานพยาบาล	-	0	1	ฉบับ	(ของผู้แสดงความ จำนงลงนาม รับรองสำเนา ถูกต้อง)
8)	หนังสือมอบ อำนาจ	-	1	0	ฉบับ	(กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบ อำนาจให้ติดอากร

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						แสดมปี)

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม 200 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

1) **ช่องทางการร้องเรียน** หน่วยงานณจุดยื่นคำขอกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีถนนการุณราษฎรตำบลตลาดอำเภอเมืองฯจังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000 เบอร์โทรศัพท์ 077-273998, 077-283703

หมายเหตุ-

2) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีถนนการุณราษฎรตำบลตลาดอำเภอเมืองฯจังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

หมายเหตุ-

3) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขถนนนิตวานนท์อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ-

4) **ช่องทางการร้องเรียน** ไปรษณีย์ - กองกฎหมายกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขถนนนิตวานนท์อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ-

5) **ช่องทางการร้องเรียน** E-mail : fdasurat@hotmail.com

หมายเหตุ-

6) **ช่องทางการร้องเรียน** โทรศัพท์ 077-273998, 077-283703

หมายเหตุ-

7) **ช่องทางการร้องเรียน** facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online

หมายเหตุ-

8) **ช่องทางการร้องเรียน** ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ(เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ไปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) 1) หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีผู้รับอนุญาตตาย (สพ.14)

-

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	27/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยหัวหน้า หน่วยงาน (Reviewer)
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ ราษฎร์ธานีสสจ.สต.
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-