**คู่มือสำหรับประชาชน**: การขอโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ** : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

**1. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

**1.1 หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอโอนใบอนุญาตฯ**

ผู้รับอนุญาตซึ่งประสงค์จะโอนใบอนุญาตให้แก่บุคคลอื่น ให้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้รับอนุญาต ยื่นคำขอโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สพส. 4) ณ ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จด้านผลิตภัณฑ์ (one stop service) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารตามแบบตรวจสอบเอกสาร คำขอโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

2. เมื่อเอกสารครบถ้วน ผู้รับคำขอฯ ลงบันทึกการตรวจเอกสารครบในแบบตรวจสอบเอกสารคำขอโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

3. พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมายในการตรวจประเมินตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารคำขอฯ หากพบว่าต้องเพิ่มเติมเอกสารหรือปรับปรุงแก้ไข

4.เมื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานครบถ้วน ผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายลงชื่อและวันเดือนปีที่ตรวจรับเอกสารครบในแบบฟอร์มรับคำขอฯ ซึ่งจะเป็นวันเริ่มต้นนับหนึ่งในกระบวนการพิจารณาคำขอโอนใบอนุญาตฯ

5.ผู้รับผิดชอบเสนอเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในคำขอโอนใบอนุญาต พร้อมเสนอความเห็นต่อผู้มีอำนาจอนุญาต (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) พิจารณาอนุญาต

**1.2 การแจ้งผลการพิจารณาและการชำระค่าธรรมเนียม**

**เมื่อผู้อนุญาตมีคำสั่งอนุญาต**

1. เจ้าหน้าที่แจ้งผลการพิจารณาเป็นหนังสือให้ผู้ขอโอนใบอนุญาตฯ ทราบ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอ

2. ผู้อนุญาตออกใบอนุญาตให้ผู้รับโอนใบอนุญาตโดยมีระยะเวลาและเงื่อนไขตามใบอนุญาตเดิม และกำกับคำว่า “โอนใบอนุญาต” พร้อมชื่อผู้โอนไว้ที่มุมบนด้านซ้าย และระบุวัน เดือน ปี ที่ออกใบอนุญาตดังกล่าว และประทับตรายกเลิกการใช้ด้วยอักษรสีแดงที่ใบอนุญาตเดิม

3. ผู้ขอรับใบอนุญาตติดต่อขอรับใบอนุญาตที่ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

|  |
| --- |
| **2. ช่องทางการให้บริการ** |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดมหาสารคาม  เปิดให้บริการวันจันทร์-ศุกร์  (ยกเว้นวันหยุดราชการหรือนักขัตฤษ์)  เวลา 08.30 – 16.30 น.  (พัก 12.00 น. – 13.00 น.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **๓.ขั้นตอน ระยะเวลาและส่วนงานที่รับผิดชอบ** | | | |
| ลำดับ | ขั้นตอน | ระยะเวลา | หน่วยงานผู้รับผิดชอบ |
| 1. | การยื่นคำขอโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สพส.4) หากเอกสารครบถ้วน เจ้าหน้าที่ที่รับคำขอ ลงบันทึกการรับคำขอ | 1 วัน | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม |
| 2. | การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเอกสารหรือหลักฐานประกอบคำขอต่ออายุใบอนุญาตฯ (สพส.4) | 15 วันนับแต่วันที่รับคำขอ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม |
| 3. | การพิจารณาอนุญาตประกอบกิจการฯ   1. นำเสนอผลการตรวจประเมินแก่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่ออนุญาต 2. แจ้งผลการอนุญาตแก่ผู้ขอยื่นคำขอและนัดมารับใบอนุญาตใหม่ | 30 วัน นับแต่วันที่รับคำขอ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม |
| 4. | ผู้ขอฯ รับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ | 1 วัน | ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ/สานักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **๔.รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ** | | |
| ลำดับ | ชื่อเอกสาร | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร |
| 1.เอกสารหลักฐานผู้รับโอน (กรณีนิติบุคคล ต้องเป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลตามที่ระบุในหนังสือบริคนห์สนธิ) | | |
| 1.1 | สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | กรมการปกครอง |
| 1.2 | สำเนาทะเบียนบ้าน | กรมการปกครอง |
| 1.3 | ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง ซึ่งออกไม่เกินหกเดือน และต้องมีการประทับตราจากหน่วยงาน/คลินิกที่รับรอง) | สถานพยาบาลภาครัฐ หรือสถานพยาบาลภาคเอกชนที่ถูกต้องตามกฎหมาย |
| 1.4 | เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์ |  |
| 1.5 | สำเนาหนังสือรับรองหรือหลักฐานกรเป็นนิติบุคคล ซึ่งแสดงรายการเกี่ยวกับชื่อ วัตถุประสงค์ ที่ตั้งสำนักงาน และผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคลที่เป็นปัจจุบัน |  |
| 1.6 | ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (เดิม) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม |
| 1.7 | เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของอาคาร สถานที่ตั้งสถานประกอบการหรือหนังสือแสดงความยินยอมของเจ้าของอาคาร |  |

|  |
| --- |
| **5. ค่าธรรมเนียม** |
| **ไม่มีค่าธรรมเนียม** |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.ช่องทางการร้องเรียน** | |
| ลาดับ | ช่องทางการร้องเรียน |
| 1. | กล่องรับเรื่องร้องเรียนศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น 1 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/44 ซอยสาธารณสุข 8 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2193 7000 ต่อ 18226 หรือ 18106 |
| 2. | กล่องรับเรื่องร้องเรียนกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ชั้น 4 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/44 ซอยสาธารณสุข 8 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2193 7080 |
| 4. | www.thaispa.go.th หรือ http://m.facebook.com/Departmentofhealthservicesupport/ |
| 5. | ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสานักนายกรัฐมนตรี เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300/สายด่วน 1111/www.1111.go.th/ตู้ ปณ. 1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 |
| 6. | ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ  สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สานักงาน ป.ป.ท.)  99 ม.4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถ.แจ้งวัฒนะ ต.คลองเกลือ อ.ปากเกร็ด นนทบุรี 11120  สายด่วน 1206/โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900,1904-7/โทรสาร 0 2502 6132  www.pacc.go.th/www.facebook.com/PACC.GOTH  ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center)  Tel: +66 92 668 0777/Line :Fad.pacc/Facebook: The Anti-Corruption Operation Center/E-mail: Fad.pacc@gmail.com |
| 7. | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถ.เลี่ยงเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด ต.แวงน่าง อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000 โทรศัพท์ 0 43 777 971-3 โทรสาร 0 43 777 970 |