

## คู่มือสำหรับประชาชน: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
  - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดมหาสารคาม
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ
  - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
  - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
  - จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก  
20/05/2558 11:43
11. ช่องทางการให้บริการ
 

สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center ; OSSC)  
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
เบอร์โทรศัพท์ 0 4377 7973 ต่อ 103

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)  
ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง 12.00 – 13.00 น.)

หมายเหตุ -
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

### หลักเกณฑ์

กำหนดให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

- ☐ มีการเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล
- ☐ การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ
- ☐ การเปลี่ยนชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด

### วิธีการ

1. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
2. พนักงานเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
3. ผู้อนุญาตพิจารณาการอนุญาตฯ / ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

### เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 22 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้วทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

### ช่องทาง

1. ขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้ยื่นเรื่องที่ศูนย์ one-stop service กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
2. การตรวจสอบการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
3. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลรับใบอนุญาตพร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ศูนย์ one-stop service กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

➤ แบบคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.22)

#### รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบ ดังนี้

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ดำเนินการ
- 2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ
- 3) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

- 5) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- 6) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
- 7) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

#### หมายเหตุ

กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

### 13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน    | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ                       | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ    | หมายเหตุ                            |
|-----|------------------|---|-------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1)  | การตรวจสอบเอกสาร | ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก | 1 วันทำการ        | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม | งาน OSSC กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ |
| 2)  | การพิจารณา       | พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารคำขอ                 | 15 วันทำการ       | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม | งาน OSSC กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ |
| 3)  | การลงนาม         | เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต                        | 5 วันทำการ        | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม | งาน OSSC กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ |
| 4)  | -                | ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ดำเนินการ            | 1 วันทำการ        | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม | งาน OSSC กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ |

ระยะเวลาดำเนินการรวม 22 วันทำการ

### 14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

-

### 15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

#### 15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ                 |
|-----|-------------------------|----------------------------|---------------------|------------------|----------------|--------------------------|
| 1)  | บัตรประจำตัวประชาชน     | -                          | 0                   | 1                | ฉบับ           | (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง) |

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นต้นตัวตน | หน่วยงานภาครัฐผู้<br>ออกเอกสาร | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ                     |
|-----|------------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|------------------------------|
|     | ผู้ดำเนินการ<br>สถานพยาบาล   |                                |                         |                      |                    |                              |
| 2)  | ทะเบียนบ้าน<br>ผู้ดำเนินการ  | -                              | 0                       | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |

### 15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นเพิ่มเติม   | หน่วยงานภาครัฐผู้<br>ออกเอกสาร                  | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ                     |
|-----|---|---|-------------------------|----------------------|--------------------|------------------------------|
| 1)  | คำขอแก้ไข<br>เปลี่ยนแปลง<br>รายการ<br>ใบอนุญาตให้<br>ดำเนินการคลินิก<br>(สพ.22)                     | สำนัก<br>สถานพยาบาลและ<br>การประกอบโรค<br>ศิลปะ | 1                       | 0                    | ฉบับ               | -                            |
| 2)  | ใบอนุญาตให้<br>ดำเนินการ<br>สถานพยาบาล  | สำนักงาน<br>สาธารณสุขจังหวัด<br>มหาสารคาม       | 1                       | 0                    | ฉบับ               | -                            |
| 3)  | กรณีเปลี่ยนชื่อ<br>สถานพยาบาล<br>(ให้แนบเอกสารที่<br>เกี่ยวข้องในการ<br>เปลี่ยนชื่อ)                | -   | 1                       | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |
| 4)  | รูปถ่าย ขนาด<br>2.5 x 3 ซม.<br>จำนวน 2 รูป  | -   | 2                       | 0                    | ฉบับ               | (ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)        |
| 5)  | กรณีการเปลี่ยน<br>เลขที่ตั้ง ชื่อถนน<br>ตำบล หรือแขวง<br>อำเภอหรือเขต<br>จังหวัด (ให้แนบ<br>เอกสาร) | -   | 0                       | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นเพิ่มเติม                         | หน่วยงานภาครัฐผู้<br>ออกเอกสาร            | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ                     |
|-----|---|---|-------------------------|----------------------|--------------------|------------------------------|
| 6)  | กรณีการเปลี่ยน<br>ชื่อตัว ชื่อสกุล<br>ของผู้รับอนุญาต | -   | 0                       | 1                    | ฉบับ               | (เซ็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |
| 7)  | สมุดทะเบียน<br>สถานพยาบาล<br>(ส.พ.8)                  | สำนักงาน<br>สาธารณสุขจังหวัด<br>มหาสารคาม | 1                       | 0                    | ฉบับ               | -                            |

## 16. ค่าธรรมเนียม

### 1) ค่าธรรมเนียม

ใบแทนใบอนุญาต ฉบับละ 200 บาท , การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต ครั้งละ 100 บาท

หมายเหตุ (กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบล หรือแขวง อำเภอหรือเขต ผู้ดำเนินการไม่ต้องเสีย ธรรมเนียมในการแก้ไขเปลี่ยนแปลง)

## 17. ช่องทางการร้องเรียน

- ศูนย์ดำรงธรรมสำนักสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สำนักสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนน  
ตำบล อำเภอ เมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000  
โทรศัพท์ ๐๖๖-๔๖๖๖๖๖๖ ต่อ 1๐
- ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี  
หมายเหตุ ( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111  
เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
ไปรษณีย์ - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2193 7999  
ไปรษณีย์ - กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัด  
นนทบุรี 11000
- Facebook : สารวัตรสถานพยาบาล Online

## 18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.22)

-

## 19. หมายเหตุ

-

|             |  |
|-------------|--|
| วันที่พิมพ์ |  |
| สถานะ       |  |
| จัดทำโดย    |  |
| อนุมัติโดย  |  |
| เผยแพร่โดย  |  |