

## คู่มือสำหรับประชาชน การขอเปลี่ยนแปลงการดำเนินการคลินิก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช

สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

---

1. ชื่อกระบวนการ: การขอเปลี่ยนแปลงการดำเนินการคลินิก
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง
  - 1) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555 และกฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ  
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0  
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0  
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชนการขอเปลี่ยนแปลงการดำเนินการคลินิก ช่องทางการให้บริการ
  - 1) **สถานที่ให้บริการ:** ติดต่อด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
**ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)  
**หมายเหตุ -**
11. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

## หลักเกณฑ์

มาตรา 40 กำหนดให้ผู้ที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการที่แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารใหม่ หรือดัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้กระทำได้เมื่อได้รับอนุญาต

1. ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก
2. พนักงานเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงกิจการที่แตกต่างในการประกอบกิจการคลินิก
3. อนุญาตพิจารณาการอนุญาตการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก/ ลงบันทึกในสมุดทะเบียน

## วิธีการ

1. การขออนุญาตประกอบกิจการคลินิก ให้ยื่นเรื่องที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
2. การตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา
3. การส่งใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร ให้รับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

## เงื่อนไข

1. การนับระยะเวลา 23 วันทำการ นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสาร โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วน ถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจากหน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น
2. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบ

มอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทน ผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

1.กรณีบุคคลธรรมดา รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

1) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการ

2) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ

3) หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล(สำเนาสัญญาเช่าหรือสำเนาโฉนด)

4) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

5) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง

6) แผนผังแสดงลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม

7) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

8) ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ สพ.6 พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ รูปถ่าย ขนาด2.5 x 3 ซม. จำนวน 1 รูป (กรณีเพิ่มบริการ)

9) สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ

2. กรณีเป็นนิติบุคคล มีรายการเอกสาร/หลักฐานประกอบเพิ่มเติมจากข้อ 1 ดังนี้

1) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล

- 2) มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- 3) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 4) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจลงนาม
- 5) ใบรับรองแพทย์ผู้แทนนิติบุคคลที่มีอำนาจผูกพันบริษัท

หมายเหตุ

1. สำเนาเอกสารของนิติบุคคลทุกหน้าให้ผู้มีอำนาจลงนามลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกคนและประทับตราบริษัท

2. กรณีมีการมอบอำนาจ มีเอกสารดังนี้ หนังสือมอบอำนาจพร้อมเอกสารของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

## 12. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน    | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ   | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ   | หมายเหตุ |
|-----|------------------|---|-------------------|--|----------|
| 1)  | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ จนท.OSSC และตรวจเอกสารตาม Checklist | 1 ชั่วโมง         | ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพ<br>เบ็ดเสร็จกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช<br>สาธารณสุข<br>สำนักงาน<br>สาธารณสุขจังหวัด<br>พระนครศรีอยุธยา | -        |

| ที่ | ประเภทขั้นตอน     | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ   | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ   | หมายเหตุ |
|-----|-------------------|---|-------------------|--|----------|
| 2)  | การพิจารณา        | พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูล ประวัติ คุณสมบัติตามที่กฎหมายกำหนด ลงข้อมูลและจัดทำใบอนุญาต | 20วันทำการ        | ศูนย์บริการ<br>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ<br>เบ็ดเสร็จกลุ่มงาน<br>คุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัช<br>สาธารณสุข<br>สำนักงาน<br>สาธารณสุขจังหวัด<br>พระนครศรีอยุธยา | -        |
| 3)  | การลงนาม          | เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต  | 1วันทำการ         | ศูนย์บริการ<br>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ<br>เบ็ดเสร็จกลุ่มงาน<br>คุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัช<br>สาธารณสุข<br>สำนักงาน<br>สาธารณสุขจังหวัด<br>พระนครศรีอยุธยา | -        |
| 4)  | การส่งมอบใบอนุญาต | ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้รับอนุญาต ผู้รับมอบอำนาจ ส่งมอบใบอนุญาต                      | 1วันทำการ         | ศูนย์บริการ<br>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ<br>เบ็ดเสร็จกลุ่มงาน<br>คุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัช<br>สาธารณสุข<br>สำนักงาน<br>สาธารณสุขจังหวัด<br>พระนครศรีอยุธยา | -        |

ระยะเวลาดำเนินการรวม 23 วันทำการ

13. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นต้น และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นต้น

14. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยืนยันตัวตน                                   | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ                     |
|-----|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|------------------------------|
| 1)  | บัตรประจำตัวผู้<br>ประกอบกิจการที่<br>เป็นผู้มีอำนาจลง<br>นาม | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |
| 2)  | บัตรประจำตัว<br>ผู้ดำเนินการ<br>สถานพยาบาล                    | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |
| 3)  | บัตรประจำตัว<br>ของผู้มอบ<br>อำนาจ                            | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |
| 4)  | บัตรประจำตัว<br>ของผู้รับมอบ<br>อำนาจ                         | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นเพิ่มเติม                                | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ                     |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|------------------------------|
| 1)  | ทะเบียนบ้านผู้<br>ประกอบกิจการที่<br>เป็นผู้มีอำนาจลง<br>นาม | -                              | 0                           | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |
| 2)  | ทะเบียนบ้าน<br>ผู้ปฏิบัติงาน                                 | -                              | 0                           | 1                    | ฉบับ               | (เห็นรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นเพิ่มเติม  | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ                 |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| 3)  | คำขอ<br>เปลี่ยนแปลงการ<br>ประกอบกิจการ<br>สถานพยาบาล<br>ส.พ.16   | -                              | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -                        |
| 4)  | แผนที่แสดงที่ตั้ง<br>ของ<br>สถานพยาบาล<br>และอาคาร<br>ใกล้เคียง  | -                              | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -                        |
| 5)  | ใบอนุญาตให้<br>ประกอบกิจการ<br>สถานพยาบาล  | -                              | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -                        |
| 6)  | ใบแสดงความ<br>จำนงเป็น<br>ผู้ปฏิบัติงาน<br>ตามแบบ ส.พ.6  | -                              | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -                        |
| 7)  | รูปถ่ายของ<br>ผู้ปฏิบัติงาน<br>ขนาด 2.5 x 3<br>ซม. จำนวน 1 รูป<br>ถ่ายไว้ไม่เกิน 1<br>ปี (กรณีเพิ่ม<br>บริการ) | -                              | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -                        |
| 8)  | หนังสือรับรอง<br>การจดทะเบียนมี<br>วัตถุประสงค์<br>และผู้มีอำนาจลง<br>นามแทนนิติ                               | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (รับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นเพิ่มเติม  | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ                 |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
|     | บุคคล  |                                |                             |                      |                    |                          |
| 9)  | ใบรับรองแพทย์<br>ผู้แทนนิติบุคคลที่<br>มีอำนาจลงนาม<br>และผูกพันบริษัท   | -                              | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -                        |
| 10) | สมุดทะเบียน<br>สถานพยาบาล<br>(ส.พ8)  | -                              | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -                        |
| 11) | แผนผังแสดง<br>ลักษณะภายใน<br>อาคารส่วนที่<br>เปลี่ยนแปลงหรือ<br>เพิ่มเติม  | -                              | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -                        |
| 12) | หลักฐานแสดง<br>กรรมสิทธิ์ใน<br>สถานพยาบาล<br>(สำเนาสัญญา<br>เช่าหรือหรือ<br>สำเนาโฉนด)<br>(สำเนา 1 ฉบับ)<br>(เซ็นรับรอง<br>สำเนาถูกต้อง) | -                              | 1                           | 1                    | ฉบับ               | (รับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) |
| 13) | เอกสารอื่นๆ<br>(ฉบับจริง 1 ฉบับ<br>/ สำเนา 1 ฉบับ)<br>(1) ภาพถ่าย<br>สถานพยาบาลที่<br>มีการ<br>เปลี่ยนแปลง                               | -                              | 1                           | 0                    | ฉบับ               | -                        |



| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยื่นเพิ่มเติม  | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|----------|
|     | (ฉบับจริง) 2)<br>ทะเบียนบ้านของ<br>สถานพยาบาล<br>(ฉบับสำเนา_เซ็น<br>รับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) 3)<br>เอกสารการขึ้น<br>ทะเบียน<br>เครื่องมือแพทย์<br>(ฉบับสำเนา_เซ็น<br>รับรองสำเนา<br>ถูกต้อง) 4) กรณี<br>มีการมอบ<br>อำนาจ มีเอกสาร<br>ดังนี้ หนังสือมอบ<br>อำนาจพร้อม<br>เอกสารของผู้<br>มอบอำนาจและ<br>ผู้รับมอบอำนาจ) |                                |                             |                      |                    |          |

#### 15. ค่าธรรมเนียม

- 1) ค่าธรรมเนียมการเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับละ 100 บาท  
หมายเหตุ -

#### 16. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 130 ถนนคู່ทอง ตำบลหอรัตนไชย อำเภอ  
พระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000 โทร. 0 352 4520 ต่อ 122
- 2) ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (ชั้น 1 ศาลากลางจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ถนนสายเอเชีย

ตำบลคลองสวนพลู อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000 โทรศัพท์ :0 3534 5689)

- 3) สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หมายเหตุ -

- 4) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ ( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / [www.1111.go.th](http://www.1111.go.th) / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

### 17. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

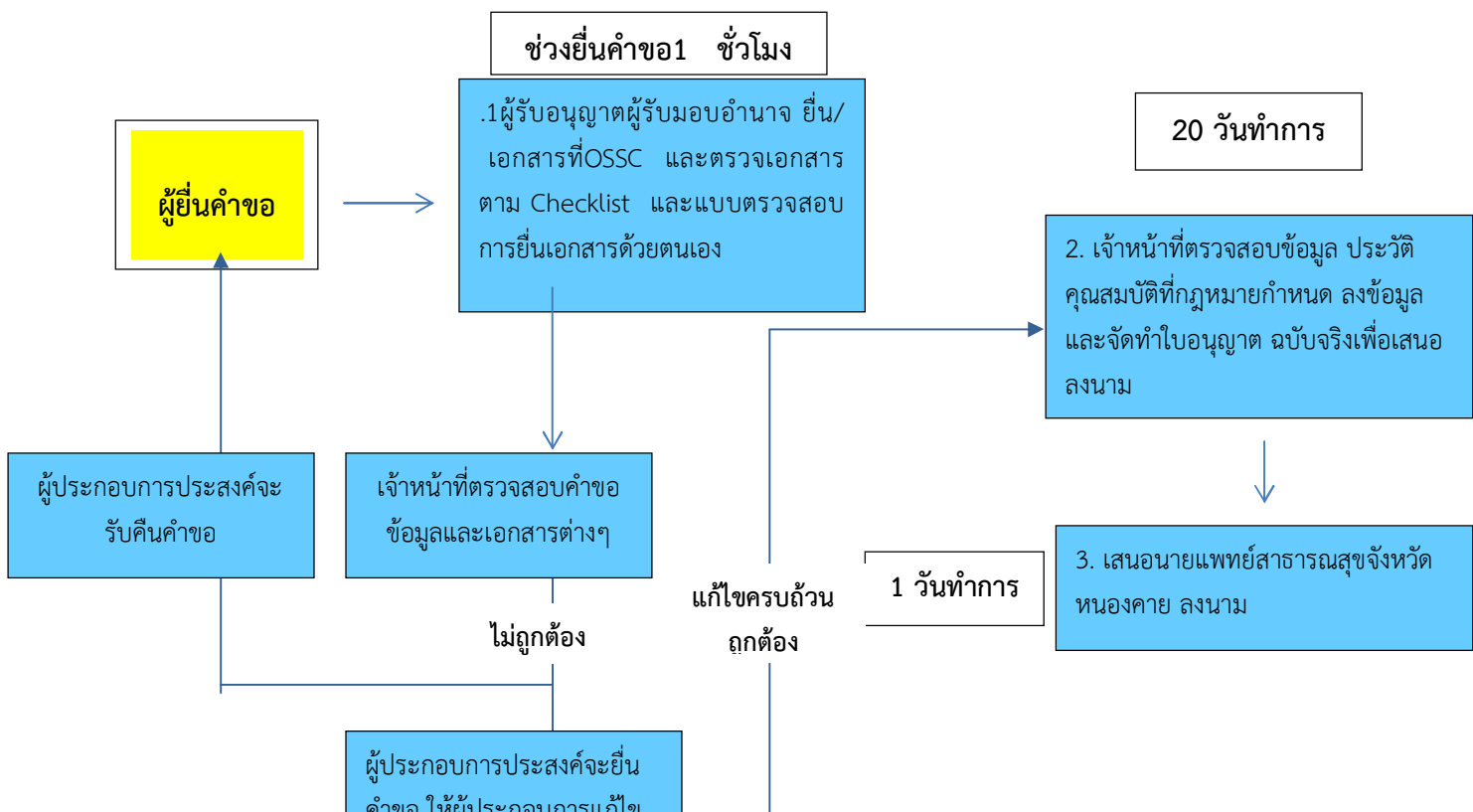
- 1) แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.16)

### 18. หมายเหตุ

-กรณีมีเหตุที่ต้องขอคำปรึกษา,ความเห็นหรือข้อเสนอแนะ จากคณะกรรมการหรืออนุกรรมการสถานพยาบาล  
จะไม่นับรวมเป็นเวลาบริการ

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการ

## การขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก





1 วันทำการ

4. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ ออกใบสั่งชำระค่าธรรมเนียมและส่งมอบใบอนุญาต

- หมายเหตุ** – 1. ระยะเวลาดังกล่าว ไม่รวมระยะเวลาของผู้ประกอบการแก้ไข หรือส่งเอกสารเพิ่มเติม
2. เมื่อครบกำหนดเวลาตามที่ระบุไว้ในคู่มือนี้แล้ว หากผู้อนุญาตยังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ จะแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้ยื่นคำขอทราบถึงเหตุแห่งความล่าช้าทุก 7 วัน จนกว่าจะพิจารณาแล้วเสร็จ

สรุป 4 ขั้นตอน รวมระยะเวลาดำเนินการ 23 วันทำการ