

ที่ ฉช ๐๐๓๒/ว ๑๕๕๐



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

๓๑ ถนนยุทธดำเนิน ฉช ๒๔๐๐๐

พศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง การต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี และการต่ออายุใบอนุญาตให้
ดำเนินการสถานพยาบาล

เรียน ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการ และผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. คำแนะนำการชำระค่าธรรมเนียมฯ และต่ออายุใบอนุญาตฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. คำขอชำระค่าธรรมเนียมประจำปี	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(ส.พ.๒๐)	จำนวน ๑ ฉบับ
	๔. รายงานประจำปี (แบบ ส.พ.๒๔)	จำนวน ๑ ฉบับ
	๕. หนังสือมอบอำนาจ	จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ซึ่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ มาตรา ๒๐ ได้กำหนดให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องชำระค่าธรรมเนียมทุกปี ประกอบกับ มาตรา ๑๙ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต และ มาตรา ๒๘ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของ ปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จึงขอให้ท่านดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๖๕ ขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล กรณีใบอนุญาต ให้ใช้ได้ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ และขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล กรณีใบอนุญาตจะหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ ตั้งแต่บัดนี้ - ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ ในเวลา ๐๙.๐๐-๑๕.๐๐ น. ทุกวัน ยกเว้นวันหยุดราชการ ได้ที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

อนึ่ง หากท่านไม่ชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล และยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการประกอบกิจการหรือดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปีหรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับและศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสั่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายภักดิ์วัฒน์ ศรีประดิษฐ์)

นายแพทย์เจิวชวน (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ข้าราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

โทร. ๐ ๓๘๕๑ ๑๑๘๙ ต่อ ๑๐๒ , ๑๐๓

โทรสาร ๐ ๓๘๕๑ ๒๔๐๐

คำแนะนำการชำระค่าธรรมเนียมและการต่ออายุใบอนุญาตสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๕

๑. เอกสารที่ต้องยื่นในการชำระค่าธรรมเนียมรายปีการประกอบกิจการสถานพยาบาล
(กรณียื่นข้อ ๑ ไม่ต้องยื่นข้อ ๒)

- คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี
- ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) ฉบับจริง
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) ฉบับจริง
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (เล่มสีเขียว)
- แบบรายงานประจำปี (ส.พ.๒๓/ส.พ.๒๔)

๒. เอกสารที่ต้องยื่นในการต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (กรณีใบอนุญาตจะหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔)

- คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ (ส.พ.๑๑)
- ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) ฉบับจริง
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (เล่มสีเขียว)
- แบบรายงานประจำปี (ส.พ.๒๓/ส.พ.๒๔)
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ประกอบกิจการ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ
- สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งคลินิก
- ใบรับรองแพทย์ผู้ประกอบกิจการ

๓. เอกสารที่ต้องยื่นในการต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีใบอนุญาตจะหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔)

- คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการ (ส.พ.๒๐)
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) ฉบับจริง
- ใบรับรองแพทย์ของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๔. กรณีที่ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และ/หรือผู้รับอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล ไม่สามารถมายื่นคำขอด้วยตนเองได้ ต้องยื่นเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

- หนังสือมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ ๑ ฉบับ

๕. แบบรายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาล เป็นข้อบังคับให้เป็นไปตามกฎกระทรวงที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ โดยสถานพยาบาลทุกประเภทต้องรายงานเป็นประจำทุกปี และในปีนีให้รายงานตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔

๖. เพื่อความสะดวกของท่านในการยื่นคำขอ โปรดเตรียมเอกสารให้ครบถ้วน และมาชำระค่าธรรมเนียม ไม่เกินเวลา ๑๕.๐๐ น. เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ จะต้องจัดทำบัญชีและส่งเงินเข้าธนาคารก่อนเวลาธนาคารปิดทำการ

(จ) เกิน 100 เดียง	ฉบับละ	5,000 บาท และ
ให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น		
สำหรับที่เกิน 100 เดียง	เดียงละ	50 บาท
(5) การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งละเท่ากับค่าธรรมเนียมใบอนุญาตแต่ละฉบับตาม (1) (2) (3) และ (4) แล้วแต่กรณี		
(6) ใบแทนใบอนุญาต	ฉบับละ	200 บาท
(7) การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต	ครั้งละ	100 บาท
(8) ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล		
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	ปีละ	500 บาท
(9) ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล		
ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน		
(ก) ไม่เกิน 10 เดียง	ปีละ	500 บาท
(ข) เกิน 10 เดียง แต่ไม่เกิน 25 เดียง	ปีละ	1,250 บาท
(ค) เกิน 25 เดียง แต่ไม่เกิน 50 เดียง	ปีละ	2,500 บาท
(ง) เกิน 50 เดียง แต่ไม่เกิน 100 เดียง	ปีละ	5,000 บาท
(จ) เกิน 100 เดียง	ปีละ	5,000 บาท และ
ให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น		
สำหรับที่เกิน 100 เดียง	เดียงละ	50 บาท
แต่ทั้งนี้ เมื่อรวมค่าธรรมเนียมที่คิดเพิ่มขึ้นแล้วต้องไม่เกินปีละ 10,000 บาท		

ข้อ 2 ให้ยกเว้นค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลสำหรับปีที่ได้รับใบอนุญาต และสำหรับปีที่ได้รับการต่อใบอนุญาต

ให้ไว้ ณ วันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ.2543

(ลงชื่อ) กร ทัพพะรังสี

(นายกร ทัพพะรังสี)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า

(บุคคลธรรมดา).....เลขที่บัตรประชาชน

(นิติบุคคล).....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลชื่อ สถานพยาบาลชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล.....

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ขนาด.....เตียง

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

ประจำปี.....จำนวนเงิน.....บาท (.....)

และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท (.....) (กรณีชำระหลังวันที่ ๓๑ ธันวาคม)

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมนี้

๓.๑ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ส.พ.๙ (กรณีชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ทุกปี)

๓.๒ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับจริง ส.พ.๗ (กรณีใบอนุญาตสิ้นอายุ ตามที่ระบุไว้ในอนุญาต)

(ลายมือชื่อ)ผู้รับอนุญาต
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก
ใบสำคัญรับเงิน เลขที่...../เลขที่.....
วันที่...../...../.....
ชำระแล้วเป็นเงิน.....

ได้รับเอกสารและใบอนุญาตสถานพยาบาลแล้ว
ลงชื่อ.....ผู้รับคืน
(.....) (ตัวบรรจง)
วันที่...../...../.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน

- ฉบับ คือ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
 - รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
 - สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
 - ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
 - เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ประจำปีงบประมาณ.....
(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง 30 กันยายน ของปีปัจจุบัน)

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขที่ใบอนุญาต.....

๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

๒. ลักษณะสถานพยาบาล.....(เฉพาะสาขา,เฉพาะทาง ระบุ).....

จำนวน.....เตียง

๓. สถิติการบริการ

๓.๑ ผู้ป่วยนอกรวมคน.....ครั้ง

๓.๒ ผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ

(๑) จราจร.....คน.....ครั้ง

(๒) ชนส่งคน.....ครั้ง

(๓) อื่น ๆคน.....ครั้ง

๓.๓ ผู้ป่วยในรวมคน, จำนวนวันนอนรวมวัน

๓.๔ ผู้มารับบริการอื่น ๆคน.....ครั้ง

๓.๕ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักคน

๓.๖ ผู้ป่วยผ่าตัด

(๑) การผ่าตัดใหญ่พิเศษครั้ง

 ก. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะครั้ง

 ข. การผ่าตัดเปิดหัวใจครั้ง

(๒) การผ่าตัดใหญ่ครั้ง

(๓) การผ่าตัดเล็กครั้ง

๓.๗ ผู้ป่วยคลอดบุตร

- (๑) การดูแลก่อนคลอด.....คน, การดูแลหลังคลอด.....คน
 (๒) การคลอดปกติ คน
 (๓) การคลอดผิดปกติ คน
 ก. การผ่าตัดคลอด คน
 ข. การคลอดโดยใช้คีม คน
 ค. การคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ คน
 ง. การคลอดทำผิดปกติ คน

๓.๘ จำนวนทารกแรกเกิด

- (๑) ทารกคลอดครบกำหนด คน
 (๒) ทารกคลอดก่อนกำหนด คน

๓.๙ การสวนหัวใจ ครั้ง

๓.๑๐ การล้างไต ครั้ง

๓.๑๑ รังสีวินิจฉัย ครั้ง

(๑) ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ครั้ง

(๒) ด้วยเครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ครั้ง

๓.๑๒ รังสีบำบัด ครั้ง

๓.๑๓ ทันตกรรม

ส่งเสริม, ป้องกัน.....ครั้ง

รักษา.....ครั้ง

๓.๑๔ เวชศาสตร์ฟื้นฟู

กายภาพบำบัด.....ครั้ง

กายอุปกรณ์.....ครั้ง

๓.๑๕ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ..... ครั้ง

๓.๑๖ การแพทย์แผนไทย ครั้ง

๓.๑๗ การส่งต่อผู้ป่วย (จำแนกตามสาเหตุ)

(๑) เกิดขีดความสามารถที่จะให้บริการ ครั้ง

(๒) เป็นความประสงค์ของผู้ป่วย ครั้ง

๓.๑๘ การให้บริการนอกสถานที่ โดย

(๑) จำนวนผู้รับบริการเอกซเรย์..... คน

(๓) จำนวนผู้รับบริการทันตกรรม คน

(๔) จำนวนผู้รับบริการชั้นสูตรพลิกศพ..... คน

(๕) จำนวนผู้รับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่..... คน

๓.๒๑ การตายของผู้ป่วย

(๑) ตายก่อนถึงสถานพยาบาล คน

(๒) ตายก่อนรับไว้รักษาภายใน คน

(๓) ตายหลังรับไว้รักษาภายใน คน

(๔) โรคที่เป็นสาเหตุการตาย ๕ อันดับแรกของโรงพยาบาล (ตามคู่มือสอบสวนสาเหตุการตายของกระทรวงสาธารณสุข)

- ก..... คน
 ข. คน
 ค คน
 ง. คน
 จ. คน

๔. เครื่องมือที่สำคัญและยานพาหนะ

- ๔.๑ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่อง
 ๔.๒ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่อง
 ๔.๓ เครื่องล้างไต เครื่อง
 ๔.๔ เครื่องสลายนิ่ว เครื่อง
 ๔.๕ เครื่องแกมมาไนฟ์.....เครื่อง
 ๔.๖ เครื่องอัลตราซาวนด์ เครื่อง
 ๔.๗ เครื่องเลเซอร์ เครื่อง
 ๔.๘ รถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน..... คัน
 ๔.๙ รถเอกซเรย์..... คัน
 ๔.๑๐ รถทันตกรรม..... คัน
 ๔.๑๑ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. ข้อมูลด้านคุณภาพบริการ

๕.๑ ระบบพัฒนาคุณภาพบริการ

- ๕.๑.๑. ISO อยู่ในระหว่างการจัดทำ ได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอกแล้ว
 ได้รับ ISO เฉพาะส่วน ทั้งหมด
 จาก เมื่อวันที่
- ๕.๑.๒. HA อยู่ในระหว่างการจัดทำ ได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอกแล้ว
 จาก เมื่อวันที่

๕.๒ ระบบประกันสุขภาพ

- ๕.๒.๑ เข้าร่วมโครงการประกันสังคม จำนวนผู้ประกันตน.....คน
 ๕.๒.๒ เข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนผู้ขึ้นทะเบียน.....คน
 ๕.๓ การส่งบุคลากรไปอบรมหรือฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง คน
 ๕.๔ การจัดอบรมวิชาการหรือพัฒนาการบริการภายในจำนวน เรื่อง คน
 ๕.๕ จำนวนการตายผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน (Preadmission Resuscitation Failure) คน
 ๕.๖ จำนวนมารดาตาย คน
 ๕.๗ จำนวนทารกเกิดไว้ชีพ คน
 ๕.๘ จำนวนทารกที่ตายก่อนอายุครบ 7 วัน คน
 ๕.๙ จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปีตาย คน

๖. อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ

๖.๑ แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง

๖.๑.๑ แพทย์ทั่วไปที่อยู่ประจำ.....คน แพทย์ทั่วไปที่อยู่บางเวลา คน

๖.๑.๒ แพทย์เฉพาะทางที่อยู่ประจำ จำแนกตามสาขา

เวชปฏิบัติทั่วไป	..... คน	ประสาทศัลยศาสตร์	..... คน
พยาธิวิทยาทั่วไป	..... คน	ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	..... คน
พยาธิวิทยากายวิภาค	..... คน	ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	..... คน
พยาธิวิทยาคลินิก	..... คน	กุมารศัลยศาสตร์	..... คน
อายุรศาสตร์	..... คน	ศัลยศาสตร์ทวารหนัก	..... คน
จิตเวชศาสตร์	..... คน	ศัลยศาสตร์ทรวงอก	..... คน
ศัลยศาสตร์	..... คน	รังสีวิทยาวินิจฉัย	..... คน
สูติศาสตร์นรีเวช	..... คน	รังสีรักษา	..... คน
กุมารเวชศาสตร์	..... คน	เวชศาสตร์นิวเคลียร์	..... คน
รังสีวิทยา	..... คน	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	..... คน
วิสัญญีวิทยา	..... คน	เวชศาสตร์ป้องกัน	..... คน
ประสาทวิทยา	..... คน	โลหิตวิทยา	..... คน
สรีรวิทยา	..... คน	อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร	..... คน
จักษุวิทยา	..... คน	อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	..... คน
โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา	..... คน	อายุรศาสตร์โรคทรวงอก	..... คน
นิติเวชศาสตร์	..... คน	อื่น ๆ(ระบุ).....	..... คน
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	..... คน		..... คน

๖.๒ ทันตแพทย์ประจำ คน ทันตแพทย์บางเวลาคน

๖.๓ ผู้ช่วยทันตแพทย์ คน

๖.๔ ช่างทันตกรรม คน

๖.๕ เภสัชกรประจำ คน เภสัชกรบางเวลา คน

๖.๖ ผู้ช่วยเภสัชกรรม คน

๖.๗ พยาบาลวิชาชีพประจำ คน พยาบาลวิชาชีพบางเวลา คน

๖.๘ พยาบาลเทคนิคประจำ คน พยาบาลเทคนิคบางเวลา คน

๖.๙ วิสัญญีพยาบาล คน

๖.๑๐ เจ้าหน้าที่พยาบาล คน

๖.๑๑ นักกายภาพบำบัดประจำ คน นักกายภาพบำบัดบางเวลา คน

๖.๑๒ ผู้ช่วยกายภาพบำบัด คน

๖.๑๓ พนักงานอาชีวบำบัด คน

๖.๑๔ พนักงานเวชกรรมฟื้นฟู..... คน

๖.๑๕ นักเทคนิคการแพทย์ประจำ คน นักเทคนิคการแพทย์บางเวลา คน

๖.๑๖ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ คน

๖.๑๗ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ คน

- ๖.๑๘ นักโภชนาการคน
- ๖.๑๙ โภชนาการ คน
- ๖.๒๐ นักจิตวิทยา คน
- ๖.๒๑ นักสังคมสงเคราะห์ คน
- ๖.๒๒ นักสถิติ คน
- ๖.๒๓ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ คน
- ๖.๒๔ ลูกจ้างหรือพนักงานอื่น ๆ คน

(ลายมือชื่อ)

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ)

(.....)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วันที่รายงาน

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร.....

.....

อยู่ที่บ้าน.....เลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร.....

.....

อยู่ที่บ้าน.....เลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

วิธีปิดอากรแสตมป์ ก. มอบอำนาจให้บุคคลคนเดียวหรือหลายคนกระทำกรครั้งเดียว ๑๐ บาท ข. มอบอำนาจให้บุคคลคนเดียวหรือหลายคนร่วมกันกระทำกรมากกว่าครั้งเดียว ๓๐ บาท ค. มอบอำนาจให้กระทำกรมากกว่าครั้งเดียว โดยให้บุคคลหลายคนต่างคนต่างกรกระทำกรครั้งเดียวกัน ได้ติดคนรับมอบหมายคนละ ๓๐ บาท การยกเว้นไม่ต้องเสียอากร คือ ๑. ใบแต่งตั้งและใบมอบอำนาจ ซึ่งทางนายและใบมอบอำนาจ ให้แก่เสมียนของตนเพื่อเป็นตัวแทนดำเนินคดีในศาล ๒. ใบมอบอำนาจให้อัยการหรือการใด ๆ เกี่ยวกับคดีพยานและตามกฎหมายว่าด้วยตัวสัตว์พาหนะ ๓. ใบมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ๔. ใบมอบอำนาจซึ่งสหกรณ์เป็นผู้มอบ และเป็นมอบอำนาจแต่งตั้งสหกรณ์ เป็นตัวแทนจัดการให้สหกรณ์ ได้รับสิทธิในอสังหาริมทรัพย์

- หมายเหตุ
๑. ต่อคำว่าเรื่อง ให้กรอกข้อความที่มอบให้ทำการแทนให้ชัดเจน เช่น ยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตสถานพยาบาล ให้แก้ไขตัดทอนข้อความในคำขอ หรือ รับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังจากดำเนินการเสร็จสิ้น เป็นต้น
 ๒. ถ้าลงลายมือชื่อให้ชัดเจนว่าหรือลายพิมพ์นิ้วมือออกเสีย ถ้าพิมพ์ลายนิ้วมือให้ชัดเจนว่าลงลายมือชื่อหรือออกเสียงหนึ่งถ้าพิมพ์ลายนิ้วมือ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือซ้าย
 ๓. การเขียนหนังสือมอบอำนาจจะวงเล็บขีดฆ่าและเติม ถ้ามีต้องให้ผู้มอบอำนาจเซ็นชื่อกำกับไว้ด้วย
 ๔. ถ้ากริบาเป็นผู้มอบควรรักษาบัตรชื่อเป็นพยานด้วย