# แบบฟอร์มการขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ

1. ชื่อหน่วยงาน [redacted] เริ่มดำเนินการวันที่ 2 เดือน พ.ค. ปี 2561
สถานที่ตั้ง 1215 หมู่ - ตำบล แขวงจันทรเกษม อำเภอ เขตจตุจักร จังหวัด กทม.
รหัสไปรษณีย์ 10900 โทรศัพท์ 0968196743 โทรสาร .....

2. ประเภทหน่วยงาน

| | | |
|---|---|---|
| ☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | ☐ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล | ☐ โรงพยาบาลทั่วไป |
| ☐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ | ☐ ศูนย์สุขภาพชุมชน สธ. | ☐ โรงพยาบาลศูนย์ |
| ☐ สถานีอนามัย | ☐ ศูนย์สุขภาพชุมชน นอก สธ. | ☐ โรงพยาบาลเอกชน |
| ☐ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน | ☒ คลินิกเอกชน | ☐ โรงพยาบาลชุมชน |
| ☐ ศูนย์บริการสาธารณสุข | ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | ☐ โรงพยาบาล นอก กทม |
| ☐ ศูนย์วิชาการ | ☐ โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข สาขา | ☐ โรงพยาบาล นอก สป.สธ |

3. โครงสร้างอาคารสถานที่
☒ เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นใหม่
☐ เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นใหม่ภายใต้หน่วยงานเดิม
สถานที่ตั้ง ☐ อยู่ภายใน หน่วยงานเดิม ☐ อยู่ภายนอก หน่วยงานเดิม

ชื่อหน่วยงานเดิม..... รหัสหน่วยงานเดิม.....

4. สังกัด (กระทรวง, กรม) ..... จำนวนเตียง (ตามจริง) ..... จำนวนเตียง(ตามกรอบ).....

5. ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ 7.1 North .....East ..... ระบบ UTM) Zone .....
7.2 Latitude 13.80289 Longitude 100.53001

6. จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ..... คน / จำนวนตำบลที่รับผิดชอบ..... ตำบล / จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ..... หมู่

7. จำนวนบุคลากรผู้ให้บริการ
☒ แพทย์ทั่วไป 1 คน
☐ แพทย์เฉพาะทาง :

| | | |
|---|---|---|
| ☐ อายุรศาสตร์ทั่วไป..... คน | ☐ ศัลยศาสตร์..... คน | |
| ☐ ศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์..... คน | ☐ สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา ..... คน | |
| ☐ โสต ศอ นาสิกวิทยา..... คน | ☐ จักษุวิทยา..... คน | |
| ☐ จิตเวชศาสตร์..... คน | ☐ พยาธิวิทยากายวิภาค..... คน | |
| ☐ เวชศาสตร์ฟื้นฟู ..... คน | ☐ เวชศาสตร์ครอบครัว ..... คน | |
| ☐ เวชปฏิบัติทั่วไป ..... คน | ☐ เวชศาสตร์ป้องกัน ..... คน | |
| ☐ รังสีวิทยา ..... คน | ☐ วิสัญญีวิทยา ..... คน | |

8. ข้อมูลการให้บริการ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☒ ทั่วไป | ☐ [illegible]เวชกรรม | ☐ รังสี | ☐ ชันสูตร | ☐ จิตเวช |
| ☐ จักษุ | ☐ โสต ศอ นาสิก | ☐ ออร์โธปิดิกส์ | ☐ สูติ-นรีเวชกรรม | ☒ อายุรกรรม |
| ☐ ศัลยกรรม | ☐ แพทย์แผนไทย | ☐ อื่นๆ ระบุ ..... | | |

9. เครื่องมือแพทย์

| | |
|---|---|
| ☐ เครื่องมือเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT SCAN).....เครื่อง | ☐ เครื่องมือตรวจอวัยวะด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)..... |
| ☐ เครื่องสลายนิ่ว.....เครื่อง | ☐ เครื่องเลเซอร์ (เครื่องแกมมาไนฟ์).....เครื่อง |
| ☐ เครื่องอัลตราซาวด์.....เครื่อง | ☐ เครื่องล้างไต.....เครื่อง |
| ☒ เครื่องมือแพทย์ทั่วไป...4...เครื่อง | |

10. ผู้ประสานงาน สิทธิพงศ์ สุขีบุตร หน่วยงาน ยูแอนด์ไอคลินิกเวชกรรม เบอร์ติดต่อ 0968196743 e-mail sittipong.s@aesitech.com

11. เอกสารประกอบการขอรหัสหน่วยงาน (หนังสืออนุมัติให้เปิดดำเนินการจากหน่วยงานต้นสังกัด)

ลงนาม .....
(สิทธิพงศ์ สุขีบุตร)
ตำแหน่ง ผู้ประกอบกิจการ
(หัวหน้าส่วนราชการ) .....

(นางสาวณัฐรัตน์ ธนธีรวงษ์)
นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

รหัส : 42343
ดำเนินการแล้ว
4 ส.ค. 2564

ตัวอย่างเอกสารการขอรหัส

สพ. ๗

267668

# ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ใบแทน
ใบอนุญาตที่ ๑๐๑๐๑๐๗๓๖๖๒

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่
บริษัท ไอเทค อินโนวา จำกัด

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภท ที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ลักษณะสถานพยาบาล คลินิกเวชกรรม จำนวนเตียง เตียง
ณ สถานพยาบาลชื่อ [redacted]
ตั้งอยู่เลขที่ ๑๒๑๕ ชั้น ๑-๒ หมู่ที่
ซอย/ตรอก ถนน ลาดพร้าว
ตำบล/แขวง จันทรเกษม อำเภอ/เขต จตุจักร จังหวัด กรุงเทพมหานคร
รหัสไปรษณีย์ ๑๐๙๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๒๐๖๓ ๒๔๔๒
วัน/เวลาเปิดทำการ จันทร์-ศุกร์ ๑๗.๐๐ - ๒๒.๐๐ น., เสาร์-อาทิตย์ ๑๔.๐๐ - ๒๒.๐๐ น.

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม ห้องผ่าตัดเล็ก ๑ ห้อง

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๗๑ และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๓ เดือน สิงหาคม พ.ศ ๒๕๖๒
ใบแทนใบอนุญาตให้ไว้ ณ วันที่ ๑๘ เดือน มีนาคม พ.ศ ๒๕๖๓

(นางสาวสิมา ตันตินิรานัย)
ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
ที่ได้รับมอบหมายจากอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้อนุญาต

ตัวอย่างเอกสารการขอรหัส

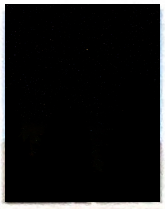
**คำเตือน**

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงประกอบกิจการต่อไป ถือว่า เป็นการประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้รับบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๕๙)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องมาชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี ภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ของทุกปี หากไม่ชำระภายในกำหนด จะต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละห้าต่อเดือนและอาจถูกปิดสถานพยาบาลได้ตามมาตรา ๔๙ และมาตรา ๕๐

ส.พ. ๑๙

267621



# ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่ [redacted]

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

นายแพทย์ทัศพล ทวีวิยการ

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เวชกรรม เลขที่ [redacted]

วันที่ออกใบอนุญาต ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ

ณ สถานพยาบาล ชื่อ [redacted] ประเภท รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

จำนวนเตียง เตียง ลักษณะสถานพยาบาล คลินิกเวชกรรม

ตั้งอยู่เลขที่ ๑๒๘๕ ชั้น ๑-๒ หมู่ที่

ซอย/ตรอก ถนน ลาดพร้าว ตำบล/แขวง จันทรเกษม

อำเภอ/เขต จตุจักร จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ ๑๐๙๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๐๖๓ ๒๔๕๒ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

วัน/เวลาทำการ จันทร์-ศุกร์ ๐๙.๐๐ - ๒๒.๐๐ น., เสาร์-อาทิตย์ ๑๑.๐๐ - ๒๒.๐๐ น.

ใบอนุญาตฉบับนี้มีผลใช้ได้ตั้งแต่วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตนั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ๖ เดือน มีนาคม พ.ศ ๒๕๖๓

(นายแพทย์สุขุม ศิริราช)

ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
ที่ได้รับมอบหมายจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้อนุญาต

การต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

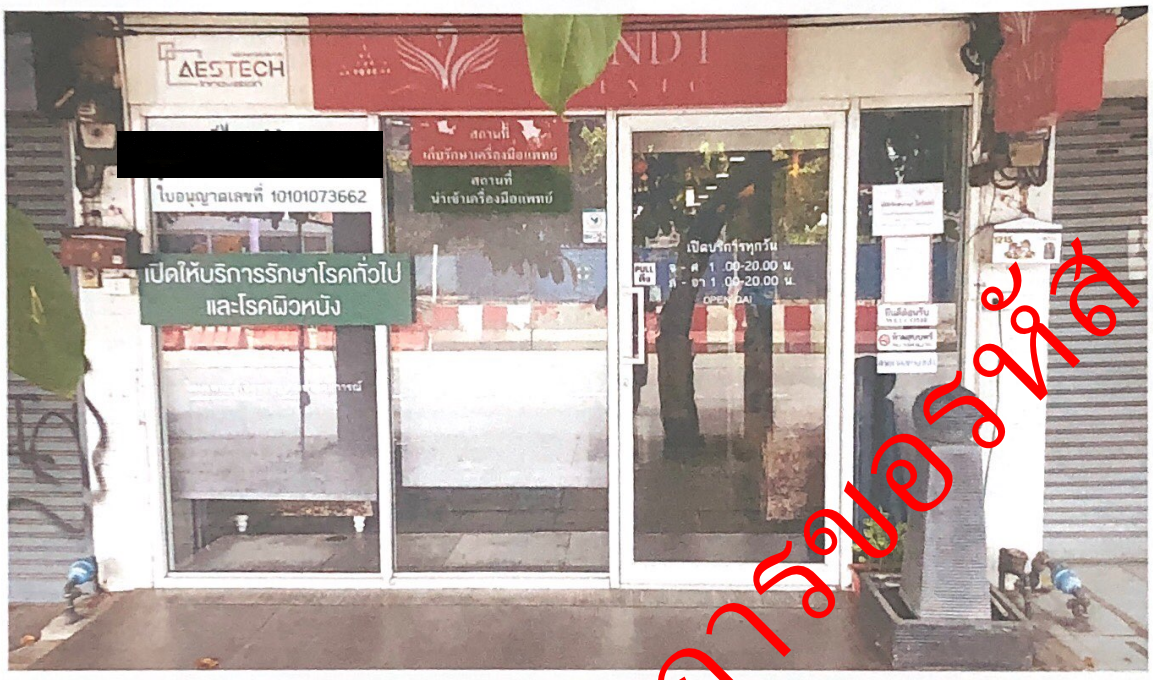
๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

คำเตือน

ไปรษณีย์ใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่า เป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือนหรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และ ศาลจะสั่งให้รับบรรดาสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

ตัวอย่างเอกสารราชการ







ตัวอย่างเอกสารการจดอนุญาต