



ที่ สฎ ๐๐๒๗.๐๑๔/ว ๑๓๖๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนการุณราชบุรี อำเภอเมืองฯ
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๔

เรื่อง การชำระค่าธรรมเนียมประจำปีและการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เรียน ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ และผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. คำขอชำระค่าธรรมเนียมประจำปี	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการกิจการ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. รายงานประจำปี (แบบ ส.พ.๒๓)	จำนวน ๑ ฉบับ
	๔. แบบประเมินมาตรฐานฯ โดยตนเอง	จำนวน ๑ ฉบับ
	๕. คำแนะนำในการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๕๕	จำนวน ๑ ฉบับ
	๖. แบบสำรวจข้อมูลการจัดทำผลิตภัณฑ์ฯ (แบบ GPP-๓N)	จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ซึ่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๑ มาตรา ๒๐ ได้กำหนดให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องชำระค่าธรรมเนียมทุกปีประกอบกับมาตรา ๒๘ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีของปฏิทินของปีที่สองนับตั้งแต่วันที่ออกใบอนุญาต และตามมาตรา ๑๙ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ ออกใบอนุญาต ซึ่งสถานพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงขอให้ท่านดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๕๕ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีหรือสำนักงานสาธารณสุขประจำอำเภอที่คลินิกของท่านตั้งอยู่ พร้อมทั้งยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว กรณีที่ใบอนุญาตจะหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔ และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และแบบสำรวจข้อมูลการจัดทำผลิตภัณฑ์ฯ โดยนำส่งคืนให้ผู้อนุญาต ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และสาธารณสุขอำเภอแต่ละอำเภอ ตามวันและเวลาราชการ รายละเอียดต่าง ๆ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยแล้ว ทั้งนี้หากท่านไม่ได้รับการตรวจมาตรฐานประจำปี ขอให้ท่านประสานกับเภสัชกรโรงพยาบาล และสาธารณสุขในเขตพื้นที่เพื่อตรวจสถานพยาบาลของท่าน และลงบันทึกการตรวจสถานพยาบาลในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สมุดเล่มสีเขียว) ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายจรัสพงษ์ สุขศรี)

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

นายแพทย์เชิดชาอายุ (ดำรงการรองป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เลขรับที่	
วันที่	
ลงชื่อ	ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เดียว ตามใบอนุญาตที่..... ออกให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลักษณะของสถานพยาบาล

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

วันเวลาทำการ

๓. ขณะนี้ข้าพเจ้า

เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภท ลักษณะของสถานพยาบาล

ณ สถานพยาบาลชื่อ ที่ตั้ง เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

วันเวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้
(ยื่นแจ้งชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
17. มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ กรณีติดเครื่องปรับอากาศ ต้องมีพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอกอาคาร ทั้งนี้ ถ้าความสูงของฝ้าเพดานน้อยกว่า 2.60 เมตร ผู้ครอบร่อนุญาตฯ ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้มีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
18. มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษา เป็นสัดส่วนมิดชิด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
19. อาหรมคอาดูหรือเสื่อมสภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
20. ของธา ขวดธา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
21. มีวัดอุณหภูมิหรือไม่ - กรณีที่มีวัดอุณหภูมิ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอดภัย มีกฎแง ปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
22. มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่อุณหภูมิค่า ผู้เก็บนั้นต้องไม่มีอาหาร หรือเครื่องดื่มปะปน และมีการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย 1 จุด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
23. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ(ป้ายชื่อใบสีน้ำเงิน)ที่กำลังปฏิบัติงาน ในขณะที่นั้น ในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
24. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย(OPD Card) และมีการบันทึกเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้ ก) ชื่อสถานพยาบาล ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค)วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) ชื่อ นามสกุล อาดู เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้มารับบริการ ประวัติอาการป่วย การแพ้ยา ผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ) การวินิจฉัยโรค ฉ) การรักษา ช) ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพผู้ให้การรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
25. มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน เก็บไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ ก) ชื่อ นามสกุล อาดูของผู้ป่วย ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) การวินิจฉัยโรค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
26. มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล(สพ.23) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 คค. ของปีที่ผ่านมาถึง 30 กข. ในปีนั้น ๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียมประจำปีติดไป	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ถ้าส่งตรงประจำปี.....

รายการ	การประเมินตนเอง		หมายเหตุ
27. มีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.1 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมตรวจสอบ การทำความสะอาด และทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องบำบัดรักษา หรือในบริเวณที่มีงานหัตถการ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2 กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ไปรกระบวนการ			
27.2.1 แช่น้ำยา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2.2 อบนึ่งใน Autoclave(เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2.3 อื่นๆ ระบุ.....			
28. มีห้องตรวจภายใน หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
28.1 ในกรณีมีห้องตรวจภายใน จะต้องมี			
- ห้องเป็นสัดส่วนมิดชิด	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
- มีเตียงสำหรับตรวจภายใน และไฟส่องตรวจ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
- มีอุปกรณ์ตรวจภายใน ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
- มีผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัว ป้องกัน Expose	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
29. มีเครื่องเอกซเรย์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
29.1 กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานและได้รับอนุญาตจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
30. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
มูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ			
31. มีการโฆษณาสถานพยาบาลหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
31.1 กรณีมีการโฆษณา มีข้อความไปในตามกฎหมาย	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบประเมินนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาต / ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

11000 โทร 0 2590 1997 ต่อ 402, 403

0 25918844

คำแนะนำในการชำระค่าธรรมเนียม การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและ การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประจำปี ๒๕๕๕

๑. สถานที่ต่ออายุใบอนุญาต

- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง (ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๔)

๒. วัน และเวลาในการยื่นต่ออายุใบอนุญาต

ชำระเงินที่ สสจ. ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ - ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๔ เวลา ๘.๓๐ - ๑๕.๓๐ น. ในวันราชการ

ชำระเงินที่ สสอ. แต่ละอำเภอ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ ถึงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๔ เวลา ๘.๓๐ - ๑๕.๓๐ น. ในวันราชการ

๓. เอกสารและหลักฐานในการยื่นต่ออายุใบอนุญาต

๓.๑ การชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้ยื่นเอกสารดังนี้

- (๑) คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- (๒) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (เล่มสีเขียว)
- (๓) แบบรายงานประจำปี (ส.พ. ๒๓) ที่ได้กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- (๔) แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี ๒๕๕๕
- (๕) ใบรับรองแพทย์ของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ
- (๖) แบบสำรวจข้อมูลการจัดทำผลิตภัณฑ์ ฯ (GPP ๓-N)
- (๗) ค่าธรรมเนียมประจำปี จำนวน ๕๐๐ บาท (ทุกปี)

๓.๒ การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (กรณีใบอนุญาตหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔ ครบอายุ ๑๐ ปี) ให้ยื่นเอกสารดังนี้

- (๑) คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๑)
- (๒) แบบรายงานประจำปี (ส.พ.๒๓) ที่ได้กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- (๓) สำเนาบัตรประชาชน
- (๔) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๕) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) ฉบับจริง เท่านั้น
- (๖) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (เล่มสีเขียว)
- (๗) ใบรับรองแพทย์ของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ
- (๘) แบบสำรวจข้อมูลการจัดทำผลิตภัณฑ์ ฯ (GPP ๓-N)
- (๙) แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี ๒๕๕๕
- (๑๐) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล
- (๑๑) ค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต ๑,๐๐๐ บาท (กรณีต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ ให้ยกเว้นค่าธรรมเนียมประจำปี)

๓.๓ การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีใบอนุญาตหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔) ให้ยื่นเอกสาร ดังนี้

- (๑) คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๒๐)
- (๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) ฉบับจริง เท่านั้น
- (๓) ใบรับรองแพทย์ของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
- (๔) ค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ๒๕๐ บาท (ปีเว้นปี)

**หลักเกณฑ์ในการชำระค่าธรรมเนียมประกอบกิจการสถานพยาบาล
การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการฯ และใบประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๕๕**

๑. กรณีสถานพยาบาลยังไม่ครบ ๑๐ ปี ให้ชำระค่าธรรมเนียมและต่ออายุใบดำเนินการสถานพยาบาล
ค่าธรรมเนียมในการต่ออายุใบอนุญาต สามารถดูได้จากสมุดทะเบียนสถานพยาบาล เล่มสีเขียว ดังนี้
กรณีปี ๒๕๕๔ ชำระค่าธรรมเนียม ๕๐๐ บาท สำหรับปี ๒๕๕๕ ท่านจะต้องชำระค่าธรรมเนียม ๗๕๐ บาท
กรณีปี ๒๕๕๔ ชำระค่าธรรมเนียม ๗๕๐ บาท สำหรับปี ๒๕๕๕ ท่านจะต้องชำระค่าธรรมเนียม ๕๐๐ บาท

* สังเกตได้จากใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลที่หมดอายุ ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

- * - การชำระค่าธรรมเนียมประกอบกิจการสถานพยาบาลเป็นเงิน ๕๐๐ บาท
- การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นเงิน ๒๕๐ บาท } รวมเป็นเงิน ๗๕๐

๒. กรณีสถานพยาบาลมีอายุครบ ๑๐ ปี หรือ ๑๐ ปีขึ้นไป (ขออนุญาตตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ หรือก่อนหน้าปี ๒๕๔๖)
ให้ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ดังนี้

- การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ให้ชำระค่าธรรมเนียม ๒๕๐ บาท
- การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้ชำระค่าธรรมเนียม ๑,๐๐๐ บาท } รวมเป็นเงิน ๑,๒๕๐ บาท

* ไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ๕๐๐ บาท

หมายเหตุ ๑. ในการชำระค่าธรรมเนียมต่าง ๆ ให้แนบหลักฐานสำหรับการต่ออายุใบอนุญาตแต่ละประเภท
ให้ครบถ้วน

๒. หากไม่ดำเนินการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ประกอบ
กิจการสถานพยาบาลภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔ (กรณีใบอนุญาตดังกล่าวสิ้นอายุวันที่
๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔) มีความผิดตามมาตรา ๕๗ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่
เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หากประสงค์จะเปิดดำเนินการต่อไป ต้องดำเนินการขอ
อนุญาตใหม่และชำระค่าธรรมเนียมเป็นเงิน ๑,๒๕๐ บาท ตามมาตรา ๑๖ ของ พรบ.
สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑

แบบสำรวจข้อมูลการจัดทำผลิตภัณฑ์จังหวัดสาขาด้านบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ภาคเอกชน

จังหวัดสุราษฎร์ธานี พ.ศ. ๒๕๕๔

ชื่อ สถานที่บริการ ที่ตั้ง เลขที่ ม. ต. อ..... จ. สุราษฎร์ธานี

ประเภทสถานบริการ คลินิกแพทย์ คลินิกทันตกรรม คลินิกพยาบาล อื่นๆระบุ.....
 ทั่วไป
 เฉพาะทาง

รายการ	บาท	พ.ศ.๒๕๕๔	หมายเหตุ
๑.รายได้ทั้งหมด (๑ ม.ค.-๓๑ ธ.ค.๕๔)	บาท		
๒.ค่าใช้จ่ายทั้งหมด	บาท		
๒.๑ ค่ายาและเวชภัณฑ์			ดูหมายเหตุ ๑
๒.๒ ค่าใช้จ่ายห้องปฏิบัติการและรังสี			
๒.๓ ค่าใช้จ่ายห้องทันตกรรม			
๒.๔ ค่าอาหารและเครื่องดื่ม			สำหรับบริการผู้ป่วย
๒.๕ ค่าวัสดุสิ้นเปลือง			
๒.๖ ค่าไฟฟ้าและน้ำประปา			ของสถานบริการ
๒.๗ ค่าซักรีด			ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ
๒.๘ ค่าโฆษณา			
๒.๙ ค่าพาหนะและค่าใช้จ่ายรถยนต์			ที่ใช้สำหรับบริการผู้ป่วย
๒.๑๐ ค่าโทรศัพท์และไปรษณียากร			ที่ใช้สำหรับบริการผู้ป่วย
๒.๑๑ ค่าเครื่องเขียนแบบพิมพ์			
๒.๑๒ ค่าซ่อมแซมและบำรุงรักษา			เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์
๒.๑๓ ค่าเบี้ยประกันภัย			ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ
๒.๑๔ ค่ารับรอง			ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ
๒.๑๕ ค่าธรรมเนียมธนาคาร			ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ
๒.๑๖ ค่าตรวจสอบบัญชี			
๒.๑๗ ค่าใช้จ่ายทางด้านกฎหมาย			
๒.๑๘ ค่าวารสารและหนังสือพิมพ์			สำหรับบริการผู้ป่วย
๒.๑๙ ดอกเบี้ยจ่ายกับสถาบันการเงิน			ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ
๒.๒๐ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ไม่รวมค่าภาษีและธรรมเนียมที่ จ่ายให้รัฐ)			
๑) ระบุ.....			
๒) ค่าเช่าบ้าน และค่าเช่าที่ดิน			
๓) เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลาและค่าเบี้ยเลี้ยง			
๔) ค่ารักษาพยาบาล			
๕) ค่าเล่าเรียนบุตร			
๖) ค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน			
๗) ดอกเบี้ยจ่ายนอกสถาบันการเงิน			