

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้ขอใบอนุญาต
ใบอนุญาต

เลขรับที่.....
วันที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง
หรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

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

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขอต่ออายุใบอนุญาตหรือนิติบุคคล)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการคือ.....และเป็นผู้รับอนุญาต
ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท.....
ใบอนุญาตที่.....ได้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์
ในนามของ (ชื่อสถานที่ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์).....
อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ / เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น ประจำ พ.ศ.....

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งมอบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- (1) รูปถ่ายขนาด 3 x 4 เซนติเมตร 4 รูป (ในกรณีที่ต้องออกใบอนุญาตใหม่)
- (2) ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์
- (3) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

คำแนะนำในการชำระค่าธรรมเนียม การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและ การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล) จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประจำปี 2554

1. สถานที่ต่ออายุใบอนุญาต

- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. วัน และเวลาในการยื่นต่ออายุใบอนุญาต

ก่อนวันที่ 31 ธันวาคม 2553 เวลา 8.30 – 15.30 น. ในวันราชการ

3. เอกสารและหลักฐานในการยื่นต่ออายุใบอนุญาต

3.1 การชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้ยื่นเอกสารดังนี้

- (1) คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- (2) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สพ.9 เล่มสีน้ำเงิน)
- (3) แบบรายงานประจำปี (ส.พ.24) ที่ได้กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- (4) ใบรับรองแพทย์ของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ
- (5) แบบสำรวจข้อมูลการจัดทำผลิตภัณฑ์ ฯ (GPP 3-N)
- (6) ค่าธรรมเนียมประจำปี (ทุกปี) จำแนกได้ดังนี้

จำนวนเตียง	ค่าธรรมเนียม (บาท)	ค่าปรับ/เดือน(บาท)
(ก) ไม่เกิน 10 เตียง	ฉบับละ 500	25
(ข) เกิน 10 เตียง แต่ไม่เกิน 25 เตียง	ฉบับละ 1,250	62.5
(ค) เกิน 25 เตียง แต่ไม่เกิน 50 เตียง	ฉบับละ 2,500	125
(ง) เกิน 50 เตียง แต่ไม่เกิน 100 เตียง	ฉบับละ 5,000	250
(จ) เกิน 100 เตียง	ฉบับละ 5,000	250
ให้คิดค่าธรรมเนียมสำหรับส่วนที่เกิน 100 เตียง	เตียงละ 50	เตียงละ 2.50

3.2 การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (กรณีใบอนุญาตหมดอายุในวันที่ 31 ธันวาคม 2553 ครบอายุ 10 ปี) ให้ยื่นเอกสารดังนี้

- (1) คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.11)
- (2) แบบรายงานประจำปี (ส.พ.23) ที่ได้กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- (3) สำเนาบัตรประชาชน
- (4) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (5) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) ฉบับจริง เท่านั้น
- (6) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (เล่มสีน้ำเงิน)
- (7) ใบรับรองแพทย์ของผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

- (8) แบบสำรวจข้อมูลการจัดทำผลิตภัณฑ์ ฯ (GPP 3-N)
- (9) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล
- (10) ค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต (กรณีต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ ให้ยกเว้นค่าธรรมเนียมประจำปี)

(ก) ไม่เกิน 10 เดือน	ฉบับละ	2,000	บาท
(ข) เกิน 10 เดือนแต่ไม่เกิน 25 เดือน	ฉบับละ	5,000	บาท
(ค) เกิน 25 เดือน แต่ไม่เกิน 50 เดือน	ฉบับละ	10,000	บาท
(ง) เกิน 50 เดือน แต่ไม่เกิน 100 เดือน	ฉบับละ	20,000	บาท
(จ) เกิน 100 เดือน	ฉบับละ	20,000	บาท และ

ให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นสำหรับเดือนที่เกิน 100 เดือน เดือนละ 100 บาท

3.3 การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีใบอนุญาตหมดอายุในวันที่ 31 ธันวาคม 2553) ให้ยื่นเอกสาร ดังนี้

- (1) คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.20)
- (2) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) ฉบับจริง เท่านั้น
- (3) ใบรับรองแพทย์ของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
- (4) ค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล 2,500 บาท (ปีเว้นปี)

(ก) ไม่เกิน 10 เดือน	ฉบับละ	500	บาท
(ข) เกิน 10 เดือนแต่ไม่เกิน 25 เดือน	ฉบับละ	1,250	บาท
(ค) เกิน 25 เดือน แต่ไม่เกิน 50 เดือน	ฉบับละ	2,500	บาท
(ง) เกิน 50 เดือน แต่ไม่เกิน 100 เดือน	ฉบับละ	5,000	บาท
(จ) เกิน 100 เดือน	ฉบับละ	5,000	บาท และ

ให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นสำหรับเดือนที่เกิน 100 เดือน เดือนละ 50 บาท

หมายเหตุ

- จำนวนเงินที่ต้องชำระค่าธรรมเนียมประกอบกิจการ โดยคิดตามจำนวนเตียงตามกฎกระทรวง พ.ศ. 2543 ข้อ 1 (9)
- กรณีชำระค่าธรรมเนียมเกินกำหนด
ยื่นเอกสารเหมือนกับการชำระค่าธรรมเนียมรายปี พร้อมคิดค่าปรับ ร้อยละ 5 ต่อเดือน แต่ทั้งนี้ เมื่อรวมค่าธรรมเนียมที่คิดเพิ่มแล้วต้องไม่เกินปีละ 10,000 บาท
- ยื่นชำระต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลพร้อมกับชำระค่าธรรมเนียมได้ (ส.พ. 20 , ส.พ. 19)
- ยกเว้นการชำระค่าธรรมเนียมสำหรับปีที่ได้รับใบอนุญาตจัดตั้งใหม่ และปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ

เลขที่รับ.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

๑. ข้าพเจ้า (บุคคลธรรมดา).....
 (นิติบุคคล)..... โดย.....
 เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สถานพยาบาลชื่อ.....
 เลขที่ใบอนุญาต.....
 ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ขนาด.....เตียง.....
 ชื่อผู้ดำเนินการ.....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี.....จำนวน.....บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท (กรณีชำระหลังวันที่ 31 ธันวาคม)

๓. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานสมุดทะเบียนสถานพยาบาล ส.พ.๑ ส.พ.๒ ใบรับรองแพทย์ มาพร้อมนี้

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต
 (.....)
 (ลายมือชื่อ).....ผู้แทน
 (.....)

หมายเหตุ

กรณีมอบให้ผู้อื่นมาชำระแทน ต้องนำใบมอบฉันทะติดอากรแสตมป์ 10 บาทด้วย

ใบสำคัญรับเงิน
 เลขที่.....
 เลขที่.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

ได้รับหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมครบแบบ
 ส.พ. 12 และสมุดทะเบียนสถานพยาบาลแล้ว
 ลงชื่อ.....ผู้รับ
 (.....)
 คิวบรรอง
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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 รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลักษณะของสถานพยาบาล

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ถนน.....

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

วัน/เวลาทำการ.....

๓. ขณะนี้ข้าพเจ้า

 เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภท

ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

 เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้

(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

.....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน

 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ประจำปีงบประมาณ

(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ ๑ ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง ๓๐ กันยายน ของปีปัจจุบัน)

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล

ตั้งอยู่เลขที่ 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 ผู้ป่วยนอกรวม คน ครั้ง

๓.๒ ผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ

(๑) จราจร คน ครั้ง

(๒) ชนสิ่ง คน ครั้ง

(๓) อื่น ๆ คน ครั้ง

๓.๓ ผู้ป่วยในรวม คน, จำนวนวันนอนรวม วัน

๓.๔ ผู้มารับบริการอื่น ๆ คน ครั้ง

๓.๕ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก คน

๓.๖ ผู้ป่วยผ่าตัด

(๑) การผ่าตัดใหญ่พิเศษ ครั้ง

ก. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ครั้ง

ข. การผ่าตัดเปิดหัวใจ ครั้ง

(๒) การผ่าตัดใหญ่ ครั้ง

(๓) การผ่าตัดเล็ก ครั้ง

๓.๗ ผู้ป่วยคลอดบุตร

- (๑) การดูแลก่อนคลอด คน, การดูแลหลังคลอด คน
- (๒) การคลอดปกติ คน
- (๓) การคลอดผิดปกติ คน
- ก. การผ่าตัดคลอด คน
- ข. การคลอดโดยใช้เข็ม คน
- ค. การคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ คน
- ง. การคลอดทำניתปกติ คน
- ๓.๘ จำนวนทารกแรกเกิด
- (๑) ทารกคลอดครบกำหนด คน
- (๒) ทารกคลอดก่อนกำหนด คน
- ๓.๙ การสวนหัวใจ ครั้ง
- ๓.๑๐ การล้างไต ครั้ง
- ๓.๑๑ ริงลิวิ้นจ้ย ครั้ง
- (๑) ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ครั้ง
- (๒) ด้วยเครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ครั้ง
- ๓.๑๒ ริงลิบับัด ครั้ง
- ๓.๑๓ ทันดกรรรม
- ส่งเสริม, บ้องกัน ครั้ง
- รักษา ครั้ง
- ๓.๑๔ เวชศาสตร์ฟื้นฟู
- กายภาพบำบัด ครั้ง
- กายอุปกรณ์ ครั้ง
- ๓.๑๕ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้ง
- ๓.๑๖ การแพทย์แผนไทย ครั้ง
- ๓.๑๗ การส่งต่อผู้ป่วย (จำแนกตามสาเหตุ)
- (๑) เกินขีดความสามารถที่จะให้บริการ ครั้ง
- (๒) เป็นความประสงค์ของผู้ป่วย ครั้ง
- ๓.๑๘ การให้บริการนอกสถานที่ โดย
- (๑) จำนวนผู้รับบริการเอกซเรย์ คน
- (๒) จำนวนผู้รับบริการทันตกรรม คน
- (๓) จำนวนผู้รับบริการชั้นสูตรพลีศัพ คน
- (๔) จำนวนผู้รับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ คน

๓.๑๘ การตายของผู้ป่วย

- (๑) ตายก่อนถึงสถานพยาบาล คน
- (๒) ตายก่อนรับไว้รักษาภายใน คน
- (๓) ตายหลังรับไว้รักษาภายใน คน
- (๔) โรคที่เป็นสาเหตุการตาย & อันดับแรกของโรงพยาบาล (ตามคู่มือสอบสวนสาเหตุการตายของ
กระทรวงสาธารณสุข)
- 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	จำนวนทารกเกิดไร้ชีพ		..... คน
๕.๘	จำนวนทารกที่ตายก่อนอายุครบ ๗ วัน		..... คน
๕.๙	จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า ๑ 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	ทันตแพทย์บางเวลา	คน
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	นักโภชนาการ	คน		
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