

แบบฟอร์มการแจ้งแก้ไขข้อมูล/ยกเลิกรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ
(เฉพาะหน่วยงานภาคเอกชน)

รหัส 5 หลัก..... ชื่อหน่วยงานบริการสุขภาพ.....

1. แก้ไขรายละเอียดทั่วไปตาม ส.พ.7 (ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

1.1 ☐ แก้ไขชื่อ

ชื่อเดิม.....

แก้ไขเป็น.....

(พร้อมแนบสำเนา ส.พ.7 และ สำเนา ส.พ. 19 ฉบับชื่อเดิมและฉบับชื่อใหม่ พร้อมรับรองสำเนา)

1.2 ☐ แก้ไข/เพิ่มเติม ที่ตั้ง

ที่ตั้งเดิม เลขที่..... ถนน..... หมู่ที่..... ซอย..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ที่ตั้งใหม่ เลขที่..... ถนน..... หมู่ที่..... ซอย..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ (พิกัดจาก GPS) Latitude..... Longitude.....

(เฉพาะหน่วยงานที่ได้รับการปรับโครงสร้างผังเมืองใหม่ หากย้ายที่ตั้ง ต้องยกเลิกและขอรหัสใหม่เท่านั้น)

(พร้อมแนบสำเนา ส.พ.7 และ สำเนา ส.พ. 19 ฉบับที่ตั้งเดิมและฉบับที่ตั้งใหม่ อย่างละ 1 ชุด และเอกสารรับรองการปรับโครงสร้างผังเมืองใหม่ พร้อมรับรองสำเนา)

1.3 ☐ ประเภทหน่วยงาน

ประเภทหน่วยงานเดิม

☐ โรงพยาบาลเอกชน

☐ คลินิกเอกชน

แก้ไขประเภทหน่วยงานเป็น

☐ โรงพยาบาลเอกชน

☐ คลินิกเอกชน

1.4 ☐ แก้ไขจำนวนเตียง (เฉพาะโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเท่านั้น)

จำนวนเตียงเดิมเตียง แก้ไขเป็นเตียง

1.5 เลขใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)

เดิม..... แก้ไขเป็น.....

2. ☐ ยกเลิกรหัส (เฉพาะกรณีย้ายที่ตั้ง/ปิดให้บริการ)

ยกเลิกรหัส.....เหตุผลในการขอยกเลิกรหัส 5 หลัก.....

วันที่ปิดกิจการ/วันที่ย้าย.....

(พร้อมแนบสำเนา ส.พ.7 และ สำเนา ส.พ. 19 ฉบับที่ต้องการยกเลิกรหัส 5 หลัก พร้อมรับรองสำเนา)

3. ชื่อผู้ประสานงาน.....เบอร์โทร..... e-mail.....

**พร้อมส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องไปที่อีเมล hcode.moph@moph.go.th **

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(เจ้าของกิจการ/ผู้มีอำนาจลงนาม)

มีข้อสงสัย/สอบถาม

กรุณาติดต่อ 02 590 2388