



แบบฟอร์มการขออนุมัติจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการของหน่วยบริการ  
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อหน่วยบริการ (โรงพยาบาล).....

รหัสสถานพยาบาล □□□□-□□□□□

ประเภทสถานพยาบาล (โปรดเลือก) ☐ รพศ. ☐ รพท. เขตสุขภาพที่.....

☐ รพ. ในสังกัดกรม (โปรดระบุ).....

๒. ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....

๓. มีความประสงค์จะขอจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ เบื้องต้นจำนวน ..... ประเภท

☐ **ประเภทที่ ๑ : บริการผู้ป่วยนอกและบริการตรวจพิเศษ** ประกอบด้วยบริการตรวจสุขภาพและการตรวจพิเศษทางพยาธิวิทยาและรังสีวิทยา หรือคลินิกตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ดังนี้

☐ อายุรกรรม ..... ห้อง ☐ กุมารเวชกรรม..... ห้อง ☐ ศัลยกรรม ..... ห้อง ☐ กายภาพบำบัด..... ห้อง

☐ ออร์โธปิดิก..... ห้อง ☐ โสต ศอ นาสิก..... ห้อง ☐ ทันตกรรม ..... ห้อง ☐ แพทย์แผนไทย..... ห้อง

☐ จักษุ ..... ห้อง ☐ สูติ นรีเวช ..... ห้อง ☐ คลินิกพิเศษอื่นๆ (โปรดระบุ)..... ห้อง

☐ **ประเภทที่ ๒ : บริการผู้ป่วยใน** เปิดให้บริการ เบื้องต้นจำนวน ..... ห้อง โดยเป็นหอผู้ป่วยต่างๆ ดังนี้

☐ IPD อายุรกรรม ☐ IPD ศัลยกรรม ☐ IPD สูติ - นรีเวชกรรม

☐ IPD ออร์โธปิดิก ☐ IPD กุมารเวชกรรม ☐ IPD จักษุ

☐ IPD โสต ศอ นาสิก ☐ IPD รอคคลอด ☐ IPD หลังคลอด

☐ IPD อื่นๆ (โปรดระบุ).....

☐ **ประเภทที่ ๓ : บริการผ่าตัดและหัตถการที่ไม่วิกฤตและไม่ฉุกเฉิน** โดยให้มีบริการ ดังนี้

☐ บริการผ่าตัด เบื้องต้นจำนวน ..... ห้อง

กลุ่มโรค/ผ่าตัดหรือหัตถการที่คาดว่าจะเปิด.....

๔. เอกสารแนบประกอบการยื่นขออนุมัติ

☐ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการในหน่วยบริการ และรายงานการประชุมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการจัดบริการ

☐ แผนการดำเนินงานและผลที่คาดว่าจะได้รับในรอบ ๓ เดือน และ ๖ เดือน

☐ ผลการทำประชาพิจารณ์ทั้งในองค์กรและประชาชน

ผลการทำประชาพิจารณ์ในองค์กร เห็นด้วย .....%

ผลการทำประชาพิจารณ์ประชาชน เห็นด้วย .....%

☐ ข้อมูลด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

☐ ข้อมูลสถานที่จัดบริการ พร้อมแนบแผนผังหรือภาพถ่าย

พิจารณาแล้ว

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้ขออนุมัติ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้อำนวยการสถาบัน  
ผู้อนุมัติ คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ อธิบดีกรม



แบบสรุปรายงานการขออนุมัติจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ  
ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รายจังหวัด)

๑. ชื่อหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....  
ชื่อหน่วยงานกรม.....  
๒. ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....  
๓. หน่วยบริการที่มีความประสงค์จะขอจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ จำนวน ..... แห่ง  
(แนบเอกสาร)

ลำดับ ที่	ชื่อหน่วยบริการ	ประเภทการให้บริการ (โปรดระบุหน่วยบริการ ด้วยตัวบรรจงหรือตัวพิมพ์ )		
		OPD	IPD	OR

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....



สำนักงานเขตสุขภาพ/กรม

แบบ SMC-III

แบบสรุปรายงานการขออนุมัติจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ  
ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รายเขต/รายการ)

๑. ชื่อหน่วยงาน สำนักงานเขตสุขภาพที่.....  
๒. ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....  
ถนน..... ตำบล/แขวง..... เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....

๓. หน่วยบริการที่มีความประสงค์จะขอจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (แบบเอกสาร) ดังนี้

๓.๑ จังหวัด.....

ลำดับ ที่	ชื่อหน่วยบริการ	ประเภทการให้บริการ (โปรดระบุหน่วยบริการ ด้วยตัวบรรจงหรือตัวพิมพ์ )		
		OPD	IPD	OR

๓.๒ จังหวัด.....

ลำดับ ที่	ชื่อหน่วยบริการ	ประเภทการให้บริการ (โปรดระบุหน่วยบริการ ด้วยตัวบรรจงหรือตัวพิมพ์ )		
		OPD	IPD	OR

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....