



โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการ (สังกัดกรม)

แบบ SMC-I

แบบฟอร์มการขออนุมัติจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการของหน่วยบริการ
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อหน่วยบริการ (โรงพยาบาล).....โรงพยาบาลสุภาพดี.....
รหัสสถานพยาบาล ๑๑๑๑-๑๑๑๑๑
ประเภทสถานพยาบาล (โปรดเลือก) ☒ รพศ. ☐ รพท. เขตสุขภาพที่.....๕.....
☐ รพ. ในสังกัดกรม (โปรดระบุ).....
๒. ตั้งอยู่เลขที่.....๘๘/๒๐.....หมู่ที่.....-.....ซอย/ตรอก.....-.....
ถนน.....ติวานนท์.....ตำบล/แขวง.....ตลาดขวัญ.....เขต/อำเภอ.....เมือง.....
จังหวัด.....นนทบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....๑๑๐๐๐.....
โทรศัพท์.....๐๒-๕๕๐-๒๕๕๗.....โทรสาร.....๐๒-๕๕๐-๑๗๕๐.....อีเมล.....SMC.moph@gmail.com.....
๓. มีความประสงค์จะขอจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ เบื้องต้นจำนวน๓..... ประเภท

☒ ประเภทที่ ๑ : บริการผู้ป่วยนอกและบริการตรวจพิเศษ ประกอบด้วยบริการตรวจสุขภาพและการตรวจพิเศษทางพยาธิวิทยาและรังสีวิทยา หรือคลินิกตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ดังนี้

- ☒ อายุรกรรม ๓ ห้อง ☒ กุมารเวชกรรม ๑ ห้อง ☒ ศัลยกรรม ๑ ห้อง ☐ กายภาพบำบัด..... ห้อง
☒ ออร์โธปิดิก ๑ ห้อง ☐ โสต ศอ นาสิก..... ห้อง ☒ ทันตกรรม ๒ ห้อง ☐ แพทย์แผนไทย..... ห้อง
☒ จักษุ..... ห้อง ☐ สูติ นรีเวช..... ห้อง ☐ คลินิกพิเศษอื่นๆ (โปรดระบุ)..... ห้อง

☒ ประเภทที่ ๒ : บริการผู้ป่วยใน เปิดให้บริการ เบื้องต้นจำนวน๓..... ห้อง โดยเป็นหอผู้ป่วยต่างๆ ดังนี้

- ☒ IPD อายุรกรรม ☐ IPD ศัลยกรรม ☐ IPD สูติ - นรีเวชกรรม
☐ IPD ออร์โธปิดิก ☐ IPD กุมารเวชกรรม ☐ IPD จักษุ
☐ IPD โสต ศอ นาสิก ☒ IPD รอคloud ☒ IPD หลังcloud
☐ IPD อื่นๆ (โปรดระบุ).....

☒ ประเภทที่ ๓ : บริการผ่าตัดและหัตถการที่ไม่วิกฤตและไม่ฉุกเฉิน โดยให้มีบริการ ดังนี้

- ☒ บริการผ่าตัด เบื้องต้นจำนวน ห้อง
กลุ่มโรค/ผ่าตัดหรือหัตถการที่คาดว่าจะเปิด.....Esophagoscopy , Gastroscopy.....

๔. เอกสารแนบประกอบการยื่นขออนุมัติ

☒ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการในหน่วยบริการ และรายงานการประชุมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการจัดบริการ

☒ แผนการดำเนินงานและผลที่คาดว่าจะได้รับในรอบ ๓ เดือน และ ๖ เดือน

☒ ผลการทำประชาพิจารณ์ทั้งในองค์กรและประชาชน

ผลการทำประชาพิจารณ์ในองค์กร เห็นด้วย๙๕.๐๕ %

ผลการทำประชาพิจารณ์ประชาชน เห็นด้วย๙๙.๐๐ %

☒ ข้อมูลด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

☒ ข้อมูลสถานที่จัดบริการ พร้อมแนบแผนผังหรือภาพถ่าย

พิจารณาแล้ว

☒ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....หวังดี มีสุข.....

(.....แพทย์หญิงหวังดี มีสุข.....)

ตำแหน่ง.....นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ลงชื่อ.....คลินิก เพื่อประชาชน.....

(.....นายแพทย์คลินิก เพื่อประชาชน.....)

ตำแหน่ง.....นายแพทย์เชี่ยวชาญ.....

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุภาพดี

หมายเหตุ ผู้ขออนุมัติ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้อำนวยการสถาบัน

ผู้อนุมัติ คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ อธิบดีกรม



แบบสรุปรายงานการขออนุมัติจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ
ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รายจังหวัด)

๑. ชื่อหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....นนทบุรี.....เขตสุขภาพที่.....๔
ชื่อหน่วยงานกรม.....-.....
๒. ตั้งอยู่เลขที่.....๑๒/๓๔.....หมู่ที่.....๕.....ซอย/ตรอก.....-.....
ถนน.....-.....ตำบล/แขวง.....บางเขน.....เขต/อำเภอ.....เมือง.....
จังหวัด.....นนทบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....๑๑๐๐๐.....
โทรศัพท์.....๐๒๙๕๐ XXXX.....โทรสาร.....๐๒ ๙๕๐ XXXX.....อีเมล.....YYY@gmail.com.....
๓. หน่วยบริการที่มีความประสงค์จะขอจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ จำนวน๒..... แห่ง
(แนบเอกสาร)

ลำดับ ที่	ชื่อหน่วยบริการ	ประเภทการให้บริการ (โปรดระบุหน่วยบริการ ด้วยตัวบรรจงหรือตัวพิมพ์)		
		OPD	IPD	OR
๑	โรงพยาบาลสุภาพดี	อายุรกรรม/ กุมารเวชกรรม/ ศัลยกรรม/ จักษุ/ ออร์โธปิดิก/ ทันตกรรม	อายุรกรรม/ โรคเลือด/ หลังคลอด	บริการผ่าตัด
๒	โรงพยาบาลบริการเด่น	อายุรกรรม/ ทันตกรรม	อายุรกรรม	-

ลงชื่อ.....*หวัคดี มีสุข*.....
(.....แพทย์หญิงหวัคดี มีสุข.....)
ตำแหน่ง.....นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....



สำนักงานเขตสุขภาพ/กรม

แบบ SMC-III

แบบสรุปรายงานการขออนุมัติจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ
ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รายเขต/รายการ)

๑. ชื่อหน่วยงาน สำนักงานเขตสุขภาพที่.....๕.....
๒. ตั้งอยู่เลขที่.....๙๔๓/.....หมู่ที่.....๖.....ซอย/ตรอก.....สามัคคี ๕.....
ถนน.....-.....ตำบล/แขวง.....บางเขน.....เขต/อำเภอ.....เมือง.....
จังหวัด.....นนทบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....๑๑๐๐๐.....
โทรศัพท์.....๐๒ ๙๕๐ XXXX.....โทรสาร.....๐๒ ๙๕๐ XXXX.....อีเมล.....zzz@gmail.com.....

๓. หน่วยบริการที่มีความประสงค์จะขอจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (แนบเอกสาร) ดังนี้

๓.๑ จังหวัด.....นนทบุรี.....

ลำดับ ที่	ชื่อหน่วยบริการ	ประเภทการให้บริการ (โปรดระบุหน่วยบริการ ด้วยตัวบรรจงหรือตัวพิมพ์)		
		OPD	IPD	OR
๑	โรงพยาบาลสุภาพดี	อายุรกรรม/ กุมารเวชกรรม/ ศัลยกรรม/ จักษุ/ ออร์โธปิดิก/ ทันตกรรม	อายุรกรรม/ โรคหลอดเลือด/ หลังคลอด	บริการผ่าตัด
๒	โรงพยาบาลบริการเด่น	อายุรกรรม/ ทันตกรรม	อายุรกรรม	-

๓.๒ จังหวัด.....ปทุมธานี.....

ลำดับ ที่	ชื่อหน่วยบริการ	ประเภทการให้บริการ (โปรดระบุหน่วยบริการ ด้วยตัวบรรจงหรือตัวพิมพ์)		
		OPD	IPD	OR
๑	โรงพยาบาลตัวอย่างดี	อายุรกรรม/ ทันตกรรม	โรคหลอดเลือด/ หลังคลอด	-

สมบูรณ์ แสงสว่าง

ลงชื่อ.....
(.....นายสมบูรณ์ แสงสว่าง.....)
ตำแหน่ง.....รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕.....