



ประเภทและรายชื่อบุคลากรประจำหน่วยบริการ
ปีงบประมาณ 2564

กรณารอกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วนทุกรายการ

1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสสถานพยาบาล (5หลัก)
- 1.2 โทรศัพท์พื้นฐาน.....โทรสาร.....
- 1.3 ประเภทหน่วยบริการ หน่วยปฐมภูมิ หน่วยปฐมภูมิ/ประจำ (PCU 10,000 หรือ PCU20,000)
 หน่วยรับส่งต่อ หน่วยร่วมให้บริการ
- 1.4 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) บริษัท.....
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) ใช้ได้จนถึงวันที่.....
- 1.5 วัน/เวลาเปิดให้บริการ
- วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา.....
 - วันเสาร์ - อาทิตย์ เวลา.....
- 1.6 สถานที่ตั้งเลขที่.....
- ลักษณะอาคาร อาคารเดี่ยว.....ชั้น อาคารพาณิชย์.....ชั้น
 - การครอบครองอาคาร เป็นของตนเอง เป็นอาคารเช่า สัญญาเช่าปี หมดสัญญาเช่าเมื่อ.....
- 1.7 ผู้ประสานงานของหน่วยบริการ.....โทรศัพท์มือถือ.....

2. เครือข่ายหน่วยบริการและหน่วยบริการร่วมให้บริการ

- 2.1 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเทคนิคการแพทย์..... รหัสสป.....
- 2.2 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม..... รหัสสป.....
- 2.3 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านรังสีวินิจฉัย..... รหัสสป.....
- 2.4 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย..... รหัสสป.....
- 2.5 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านกายภาพบำบัด..... รหัสสป.....
- 2.6 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านอื่น ๆ..... รหัสสป.....

3.บุคลากรปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการ

3.1 แพทย์ รวม.....คน

- แพทย์ทั่วไป.....คน

1.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

ประกาศนียบัตร/ผ่านการอบรมสาขา.....

2.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

ประกาศนียบัตร/ผ่านการอบรมสาขา.....

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว.....คน

1.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

อนุมัติบัตร/วุฒิบัตรสาขา.....

วันที่ได้รับ.....รวมระยะเวลา.....ปี

2.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

อนุมัติบัตร/วุฒิบัตรสาขา.....

วันที่ได้รับ.....รวมระยะเวลา.....ปี

3.2 ทันตแพทย์ รวม.....คน

1.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

2.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

3.3 เภสัชกร รวม.....คน

1.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

2.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

3.4 พยาบาล รวม.....คน

■ พยาบาลวิชาชีพคน

1.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

2.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

3.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

4.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

■ พยาบาลเวชปฏิบัติคน

1.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....ระยะเวลาอบรม.....ปี

สถาบัน.....หลักสูตร/วุฒิ.....

■ พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวคน

1.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....ระยะเวลาอบรม.....ปี

สถาบัน.....หลักสูตร/วุฒิ.....

3.5 บุคลากรด้านสาธารณสุข รวม.....คน

1.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

วุฒิการศึกษา.....

2.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

วุฒิการศึกษา.....

3.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

วุฒิการศึกษา.....

4.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

วุฒิการศึกษา.....

5.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time

วุฒิการศึกษา.....

- 6.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 7.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 8.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 9.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 10.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 11.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 12.ชื่อ-สกุล..... Full time Part time
วุฒิการศึกษา.....

3.6 ผู้จัดการประจำหน่วยบริการ

ชื่อ-สกุล.....
วุฒิการศึกษา.....สาขา.....
ประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุข.....ปี
ผ่านการอบรมหลักสูตร.....วันที่.....

หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลจากที่แจ้งไว้ข้างต้นนี้ ให้หน่วยบริการส่งเอกสารหลักฐานแสดงข้อมูลใหม่ต่อ
สำนักงานทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง (ตามประกาศสปสช เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ)

ขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ประทับตรานิติบุคคล

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / ผู้มีอำนาจกระทำแทนนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ

วันที่.....

