**แบบตรวจเอกสารการขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ**

ชื่อ-สกุล……………………………………………………ชื่อสถานพยาบาล………………………………..……………………………..

ตั้งอยู่เลขที่.....................หมู่....................ถนน.........................................ตำบล...................................................

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อเอกสาร และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี) | จำนวน | ผู้ยื่นคำขอ | เจ้าหน้าที่ |
| 1 | คำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการอาชีวเวชกรรม | 1 |  |  |
| 2 | คำขอประเมินคุณภาพการให้บริการอาชีวเวชกรรมในสถานประกอบกิจการที่ได้ขึ้นทะเบียน | 1 |  |  |
| 3 | สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นหน่วยบริการสถานพยาบาล (ของสถานประกอบการ) | 1 |  |  |
| 4 | สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนสถานประกอบการ | 1 |  |  |
| 5 | สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล | 1 |  |  |
| 6 | เอกสารแสดงจำนวนบุคลากรที่ให้บริการตามที่กำหนด | 1 |  |  |
| 7 | สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะของบุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงาน(ถ้ามี) | 1 |  |  |
| 8 | เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการใช้เครื่องมือ อาชีวเวชศาสตร์ | 1 |  |  |
| 9 | เอกสารแสดงหลักฐานการจัดให้มีเครื่องมือในการให้บริการ | 1 |  |  |
| 10 | เอกสารแสดงหลักฐานการดำเนินกิจกรรมให้บริการที่จะขอขึ้นทะเบียน | 1 |  |  |
| 11 | สำเนาบัตรประจำตัวผู้ประกอบกิจการที่เป็นผู้มีอำนาจ | 1 |  |  |
| 12 | หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมีการมอบอำนาจ) | 1 |  |  |
| 13 | สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับมอบอำนาจ | 1 |  |  |

หมายเหตุ กรณีนิติบุคคล ประทับตราและลงนามสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ......................................................ผู้ยื่นคำขอ

………………./…………………./…………………

ลงชื่อ......................................................ผู้ตรวจเอกสาร

………………./…………………./…………………