

รับที่.....
วันที่.....
เวลา.....

เอกสารขออนุญาตจัดตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

๑. สถานพยาบาลสัตว์ ชื่อ (ภาษาไทย)
ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์..... เวลาทำการ..... โทร มือถือ
๒. ชื่อผู้ขอจัดตั้ง
๓. ชื่อผู้ขอดำเนินการ
๔. หลักฐานเอกสารประกอบการยื่นขอใบอนุญาต
 - ๔.๑ คำขออนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (แบบ สส.๑)
 - ๔.๒ คำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (แบบ สส.๒)
 - ๔.๓ รูปถ่าย ๔ x ๕ ซม. ๔ รูป (แต่งกายสุภาพ และถ่ายก่อนวันยื่นไม่เกิน ๖ เดือน)
 - ๔.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - ๔.๕ สำเนาทะเบียนบ้าน
 - ๔.๖ เอกสารแสดงสิทธิในอาคาร (สัญญาเช่า โฉนดที่ดิน หนังสือยินยอมให้ใช้อาคาร)
 - ๔.๗ ใบรับรองแพทย์ (ไม่เกิน ๖ เดือน)
 - ๔.๘ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (ถ้ามี)
 - ๔.๙ แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (แบบ ๑ /๑)
 - ๔.๑๐ แผนผังแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยภายในอาคารสถานพยาบาลสัตว์ (แบบ ๑/๒)
 - ๔.๑๑ รายชื่อ เวลาทำการ ของผู้ประกอบการสัตวแพทย์ทุกคน (แบบ ๑/๓)
 - ๔.๑๒ หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์ทุกคน(แบบ ๑/๔)
 - ๔.๑๓ วัน-เวลา ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสัตว์ของผู้ดำเนินการ (แบบ ๒/๑)
๕. สำเนาใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ทุกคน (จำนวน ฉบับ)
 - ๕.๑ ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....หมดอายุ.....
 - ๕.๒ ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....หมดอายุ.....
 - ๕.๓ ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....หมดอายุ.....
 - ๕.๔ ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....หมดอายุ.....

.....
(.....)
ผู้ขอจัดตั้งสถานพยาบาลสัตว์



คำขออนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาลสัตว์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

ที่ไม่มีที่พักสัตว์ป่วยไว้ค้างคืน

ขอตั้งสถานพยาบาลสัตว์

ที่มีที่พักสัตว์ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....ที่

ชั้น.....สาขา.....ชื่อสถานพยาบาลสัตว์.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

โดยมีผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ ชื่อ.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้น.....สาขา.....

ใบอนุญาตเลขที่.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

และมีผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชื่อ.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้น.....สาขา.....

ใบอนุญาตเลขที่.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ถ้ามีผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์มากกว่า ๑ คนให้แจ้งเพิ่มเติมทำย่น)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๘ (๑) และไม่เป็นผู้อยู่ระหว่างการเพิกถอนใบอนุญาต ตามมาตรา ๔๑

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายขนาด ๔ x ๕ เซนติเมตร หน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาดำซึ่งถ่ายก่อนวันยื่นคำขอไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๓) สำเนาบัตรประชาชน
- (๔) เอกสารแสดงสิทธิการใช้อาคารประกอบกิจการสถานพยาบาลสัตว์
- (๕) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๘ (๑) (จ)
- (๖) สำเนาคำขอดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ หรือสำเนาหรือภาพถ่ายใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์
- (๗) สำเนาหรือภาพถ่ายใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ของผู้ซึ่งจะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ทุกคนในสถานพยาบาลสัตว์นั้น
- (๘) สำเนาหรือภาพถ่ายหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขอ)
- (๙) ใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (กรณีย้ายสถานพยาบาลสัตว์)
- (๑๐) แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลสัตว์และสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
- (๑๑) แผนผังแสดงการแบ่ง พื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร
- (๑๒) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ช่วยด้วยกฎหมายซึ่งถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่ความผิดอันได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
๓. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
๔. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลสัตว์
(.....)

หมายเหตุ ข้อความใดที่ต้องการ ให้ทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง นั้น

แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลสัตว์

สถานพยาบาลสัตว์ ชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ.....
สิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง.....

แผนผังแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยภายในอาคารสถานพยาบาลสัตว์

แผนผังแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยภายในสถานพยาบาลสัตว์ ประกอบด้วย ส่วนพักรอ ห้องตรวจรักษา ห้องผ่าตัด ห้องเวชภัณฑ์ ห้องปฏิบัติการ ห้องเอกซเรย์ ห้องพักรักษาผู้ป่วย ห้องพักรักษาแพทย์ เป็นต้น ให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร

รายชื่อและเวลาทำการของผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ทุกคน

๑. เวลาทำการของสถานพยาบาลสัตว์

วัน.....

เวลา.....

๒. รายชื่อผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

๒.๑ ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

วัน-เวลาทำการ.....

๒.๒ ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ทุกคน

๒.๒.๑ ชื่อ..... วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๒ ชื่อ..... วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๓ ชื่อ..... วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๔ ชื่อ..... วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๕ ชื่อ..... วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๖ ชื่อ..... วัน - เวลาทำการ.....

๒.๒.๗ ชื่อ..... วัน - เวลาทำการ.....

**หนังสือแสดงความจำนง
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์**

เขียนที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุปี

ที่อยู่..... หมู่..... ซอย ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร

ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์เลขที่.....

ออกให้วันที่..... หมดอายุวันที่.....

ขอแสดงความจำนงเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร.....

- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นหนึ่งที่ไม่มีที่พักระหว่างป่วย (๐๑)
- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นหนึ่งที่มีที่พักระหว่างป่วยไม่เกิน ๑๐ ที่ (๐๒)
- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นหนึ่งที่มีที่พักระหว่างป่วยเกิน ๑๐ ที่ (๐๓)
- สถานพยาบาลสัตว์ ประเภทชั้นสอง (๐๔)

เลขที่ใบอนุญาตให้ตั้ง / ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

ออกให้วันที่..... หมดอายุวันที่.....

โดยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ในสถานพยาบาลสัตว์นี้ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีวันและเวลาปฏิบัติงาน ดังนี้ วันจันทร์ เวลา..... วันอังคาร เวลา วันพุธ เวลา วันพฤหัสบดี เวลา วันศุกร์ เวลา วันเสาร์เวลา วันอาทิตย์ เวลา

พร้อมนี้ได้แนบสำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....

.....

ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์



คำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้น.....สาขา.....

ใบอนุญาตเลขที่.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่ไม่มีที่พักสัตว์ป่วยไว้ค้างคืน

ขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

ที่มีที่พักสัตว์ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....ที่

ชั้น.....สาขา.....ชื่อสถานพยาบาลสัตว์.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

ขณะนี้ข้าพเจ้า

ไม่เคยเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ประเภท.....ณ สถานพยาบาลสัตว์ชื่อ

ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการ.....

หมดอายุวันที่.....วันเวลาปฏิบัติงาน.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานอื่นหน้าที่อื่นในสถานพยาบาลสัตว์ หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น

ดังนี้ (ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาลสัตว์ หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงาน)

.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายขนาด ๔ x ๕ เซนติเมตร หน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาซึ่งถ่ายก่อนวันยื่นคำขอไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๓) สำเนาบัตรประชาชน
- (๔) บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับวัน และเวลาปฏิบัติงานประจำในสถานพยาบาลสัตว์
- (๕) สำเนาหรือภาพถ่ายใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์
- (๖) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์อยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ได้โดยใกล้ชิด(กรณีสถานพยาบาลสัตว์ประเภทที่มีที่พักระหว่างป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสัตว์ในเวลาทำการไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ ตามมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาลสัตว์ พ.ศ.๒๕๓๓
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้า พ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์
(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์แห่งนี้

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้รับอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์
(.....)

หมายเหตุ ข้อความใดที่ต้องการ ให้ทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง นั้น

วัน – เวลา ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสัตว์
ของผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์

ชื่อผู้ดำเนินการ.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....

หมู่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ.....

ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์เลขที่ออกให้.....หมดอายุ.....

ขอยืนยันว่าเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์แห่ง คือ

สถานพยาบาลสัตว์แห่งที่ ๑ ชื่อประเภท.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ.....

เวลาทำการสถานพยาบาลสัตว์.....

เลขที่ใบอนุญาตตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ออกให้.....หมดอายุ.....

โดยมีวันและเวลาทำการ ดังนี้ วันจันทร์ เวลา.....

วันอังคาร เวลา..... วันพุธ เวลา.....

วันพฤหัสบดี เวลา..... วันศุกร์ เวลา.....

วันเสาร์ เวลา..... วันอาทิตย์ เวลา.....

สถานพยาบาลสัตว์แห่งที่ ๒ ชื่อประเภท.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ.....

เวลาทำการสถานพยาบาลสัตว์.....

เลขที่ใบอนุญาตตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ออกให้.....หมดอายุ.....

โดยมีวันและเวลาทำการ ดังนี้ วันจันทร์ เวลา.....

วันอังคาร เวลา..... วันพุธ เวลา.....

วันพฤหัสบดี เวลา..... วันศุกร์ เวลา.....

วันเสาร์ เวลา..... วันอาทิตย์ เวลา.....

.....
(.....)

ผู้ขอดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์