

คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน

ตัวชี้วัดที่ 12: มาตรฐานและความเป็นธรรมในการปฏิบัติงานและการให้บริการ

EB 25 หน่วยงานมีการกำหนดมาตรการ กลไก หรือการวางระบบในการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน

☒ มีการดำเนินการ

โรงพยาบาลวิภาวดี มีคู่มือการปฏิบัติงาน รายละเอียดตามหลักฐาน

เอกสาร/หลักฐาน คือ

1.	โรงพยาบาลวิภาวดี มีคู่มือการปฏิบัติงาน
2.	

เอกสาร/หลักฐานการเปิดเผยข้อมูลภาครัฐ คือ

1.	Print screen จากเว็บไซต์ ของโรงพยาบาลวิภาวดี http://www.vipha-hospital.com/news_814
2.	

☐ ไม่มีการดำเนินการ

เนื่องจาก	
-----------	--

เอกสาร/หลักฐาน คือ

1.	
2.	

คู่มือสำหรับประชาชน : การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

หน่วยงานที่ให้บริการ : โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ผู้ประสงค์ยื่นคำขอต้องจัดเตรียมสถานที่ และปฏิบัติให้สอดคล้องตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.๒๕๕๖ และ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. ๒๕๕๗ และผ่านการตรวจสถานที่แล้ว และเภสัชกรที่จะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ในวันที่ยื่นคำขอ อายุของผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินการ ต้องไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์ และต้องมีใช้บุคคลต่างด้าว เว้นแต่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการได้ตามกฎหมาย (สำหรับคนต่างด้าวต้องได้รับใบอนุญาตสำหรับธุรกิจบัญชีสาม(๑๔) และ(๑๕) หรือหนังสือรับรองตามมาตรา ๑๑ หรือมาตรา๑๒ แห่งพระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ.๒๕๔๒ โดยแสดงใบอนุญาตสำหรับธุรกิจบัญชีสาม หรือหนังสือรับรองตามมาตรา ๑๑ หรือมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.การประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ.๒๕๔๒ เพื่อเป็นหลักฐาน) ใบอนุญาตสิ้นอายุ ๓๑ธันวาคม ของปีที่ยื่นคำขอ

หมายเหตุ

๑) ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือ มีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๓) ให้ตรวจสอบเอกสารสำหรับยื่นคำขอฯตามแบบตรวจสอบคำขอฯ (Self Assessment Report) ให้ครบถ้วนถูกต้องในทุกรายการและลงนามรับรอง

๔) ผู้ดำเนินการ หรือ ผู้รับมอบอำนาจที่มายื่นคำขอฯ ต้องสามารถให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับคำขอฯ ได้อย่างถูกต้องครบถ้วน และมีอำนาจตัดสินใจและลงนามรับทราบข้อบกพร่องได้ (กรณีไม่ใช่ผู้ดำเนินการหรือกรรมการผู้มีอำนาจของนิติบุคคลให้มีหนังสือมอบอำนาจให้มีอำนาจดำเนินการแทนแนบด้วย)

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ขอคำปรึกษา โรงพยาบาลวิภาวดี /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่ เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
สถานที่ให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ของจังหวัดที่สถานที่ ขยายยานั้นตั้งอยู่/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่ เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๑๐ วันทำการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นเอกสารที่ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จและตรวจสอบเอกสารตาม Checklist และ Self Assessment Report (หมายเหตุ: (ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ))	๑ วันทำการ	สสจ.สุราษฎร์ธานี
๒)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่(งานใบอนุญาต สำนักฯ ออ.) ตรวจสอบข้อมูล ประวัติ เงื่อนไข และคุณสมบัติที่กฎหมายกำหนด ลงข้อมูลใน ระบบคอมพิวเตอร์ และจัดทำ ร่างใบอนุญาต พร้อมเอกสารที่ เกี่ยวข้อง เสนอ ผู้ซึ่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา มอบหมาย พิจารณาก่อนจะจัดพิมพ์ใบอนุญาตฉบับจริง (หมายเหตุ: -)	๖ วันทำการ	สสจ.สุราษฎร์ธานี
๓)	การพิจารณา จัดทำใบอนุญาต ฉบับจริง เพื่อเสนอลงนาม (หมายเหตุ: -)	๑ วันทำการ	สสจ.สุราษฎร์ธานี

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๔)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอผู้ซึ่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยามอบหมาย ลงนาม (หมายเหตุ: -)	๑ วันทำการ	สสจ.สุราษฎร์ธานี
๕)	- ลงผลการพิจารณาในระบบคอมพิวเตอร์ แจ้งผลการ พิจารณา ออกใบสั่งชำระค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	๑ วันทำการ	สสจ.สุราษฎร์ธานี

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑)	แบบคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ข.ย.๑) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๒)	รูปถ่ายสี พื้นหลังเรียบ หน้าตรง ใบหน้าชัดเจน ไม่ยิ้ม ไม่สวมหมวก หรือแว่นตา ของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓x๔ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน (อัดด้วยกระดาษโฟโต้ไม่ใช่ปริ้นท์สีจากเครื่องพิมพ์) ฉบับจริง ๓ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๓)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง ๐ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (ของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการพิจารณาในเอกสาร ตามแต่ละกรณีดังต่อไปนี้	กรมการปกครอง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	- ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) - ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินการกิจการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคล ที่เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินการกิจการ(กรณีนิติบุคคล) - ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ฯ หรือ ผู้ให้เช่าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี) - ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ กรณีที่ผู้ดำเนินการกิจการเป็นบุคคลต่างด้าว ให้ใช้หลักฐาน ดังนี้แทน ๑ สำเนาหนังสือเดินทาง(passport) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ๒ สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)	
๔)	สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง ๐ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (ของสถานที่ที่จะขออนุญาต และของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการพิจารณาในเอกสาร ตามแต่ละกรณีดังต่อไปนี้ - ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) - ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินการกิจการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคล ที่เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินการกิจการ(กรณีนิติบุคคล) - ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ฯ หรือ ผู้ให้เช่าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี) - ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	กรมการปกครอง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	กรณีที่ผู้ดำเนินการเป็นบุคคลต่างด้าว ให้ใช้หลักฐาน ดังนี้แทน ๑ สำเนาหนังสือเดินทาง(passport) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ๒ สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)	
๕)	ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาต / ผู้ดำเนินการ(กรณีนิติบุคคล) และ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ (ระบุการตรวจโรคต้องห้ามตามประกาศฯ ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง และโรคพิษสุราเรื้อรัง) และอายุของใบรับรองแพทย์ไม่เกิน ๓ เดือน ณ วันที่มายื่นคำขอ)	-
๖)	เอกสารแสดงหลักทรัพย์ (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาตฯ) ฉบับจริง ๐ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (ตัวอย่าง เช่น "สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก" ที่เป็นปัจจุบัน พร้อมนำสมุดเงินฝากตัวจริงมาแสดง โดยมีเงินในบัญชีตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)ขึ้นไป พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือ "สำเนาโฉนดที่ดิน" ที่ไม่ติดภาระผูกพัน และระบุชื่อในโฉนดเป็นชื่อผู้ขออนุญาต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)	-
๗)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยา ฉบับจริง ๐ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (ได้แก่ ๑. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขายยาที่ระบุชื่อเจ้าบ้าน หรือ ผู้ยื่นขอทะเบียนบ้าน เป็นชื่อผู้ขออนุญาต	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	หรือ ๒. หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ โดยมี ๒.๑ หลักฐานแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ความยินยอมและผู้ขออนุญาต(ต้องเป็นเครือญาติกัน หรือมีนามสกุลเดียวกัน (ระบุความสัมพันธ์)) ๒.๒ เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยาของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ ๒.๔ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ หรือ ๓. สัญญาเช่า ประกอบด้วย ๓.๑ สำเนาสัญญาเช่า (ระบุที่อยู่ของ สถานที่ที่ให้เช่าครบถ้วนชัดเจนในสัญญา) ๓.๒ เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยาของผู้ให้เช่า ๓.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า ๓.๔ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ให้เช่า)	
๘)	สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาต และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฉบับจริง ๓ ชุด สำเนา ๐ ชุด หมายเหตุ (ตามแบบฟอร์มที่ อย.กำหนด โดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตน และลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่ทั้ง ๓ ชุด โดยเมื่อลงนามแล้วเจ้าหน้าที่จะคืนให้ ๒ ชุด (สำหรับผู้รับอนุญาตเก็บไว้ ๑ชุด และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเก็บไว้ ๑ ชุด))	-
๙)	คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.๑๔ หน้า ๑-๓) ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๐ ชุด หมายเหตุ (ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตน และลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่)	-
๑๐)	สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พร้อมการรับรองสำเนา	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	ถูกต้อง ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (กรณีมีการเปลี่ยนชื่อ นามสกุล คำนำหน้าชื่อ จะต้องมีการแก้ไขในใบประกอบวิชาชีพฯ หรือ แบบหลักฐานขอแก้ไขจากสภาเภสัชกรรม (เช่น หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมเพื่อขอแก้ไข))	
๑๑)	หลักฐานแสดงว่าเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชนและกฎหมายด้านยา ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ (เช่น หลักฐานแสดงการมีหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ ด้านเภสัชกรรมชุมชนหรือกฎหมายด้านยา อย่างน้อย ๕ หน่วยกิต(ในช่วง ๓ ปีซ้อนหลังจากวันที่ยื่นคำขอ) หรือหลักฐานการผ่านการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการฯ ในหลักสูตรที่สภาเภสัชกรรมรับรองฯ)	-
๑๒)	หนังสือรับรองนิติบุคคล (เฉพาะกรณีผู้ขออนุญาตเป็นนิติบุคคล) ฉบับจริง ๐ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (ต้องระบุเลขที่ตั้งของสถานที่ที่จะขออนุญาตเป็นสำนักงานสาขา หรือสำนักงานใหญ่ในหนังสือรับรองนิติบุคคล / หนังสือรับรองนิติบุคคลที่ออกให้จะต้องมีอายุไม่เกิน ๖ เดือนนับถึงวันที่ยื่นคำขอฯ)	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
๑๓)	หนังสือแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (ใช้เฉพาะกรณีนิติบุคคล)(ปิดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ (การลงนามต้องสอดคล้องตามชื่อผู้มีอำนาจที่จะลงนาม	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	ตามที่ปรากฏในหนังสือรับรองนิติบุคคล พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ ด้วย กรณีที่เป็นบุคคลต่างด้าวให้ใช้สำเนาหนังสือเดินทาง(Passport) และหนังสือการอนุญาตให้ทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงาน)	
๑๔)	หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน (ปิดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ (เฉพาะกรณีที่ผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินการ ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขออนุญาตด้วยตนเอง และมอบให้ผู้อื่นทำการแทน)	-
๑๕)	รูปถ่าย และแผนผังของสถานที่ที่ขออนุญาต ซึ่งแสดงการสัดส่วนของพื้นที่ ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ -	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
๑)	ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม ๒,๐๐๐ บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑)	ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ชั้น ๑ อาคาร A ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๔๐ ๗๓๕๔ - ๕๕ (หมายเหตุ: -)

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๒)	สายด่วน อ.ย. โทรศัพท์ กต ๑๕๕๖ (หมายเหตุ: -)
๓)	E-mail อย. รับเรื่องร้องเรียน : ๑๕๕๖@fda.moph.go.th (หมายเหตุ: -)
๔)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐))
๕)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - ๙๙ หมู่ ๔ อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น ๒ ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐ - สายด่วน ๑๒๐๖ / โทรศัพท์ ๐ ๒๕๐๒ ๖๖๗๐-๘๐ ต่อ ๑๙๐๐ , ๑๙๐๔- ๗ / โทรสาร ๐ ๒๕๐๒ ๖๑๓๒ - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +๖๖ ๙๒ ๖๖๘ ๐๗๗๗ / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))
๖.	โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มงานเภสัชกรรม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๗๗-๒๙๒๑๔๐ หรือ www.vipha-hospital.com/mainpage หรือ https://www.facebook.com/vipahossurat

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลวิภาวดี
ตามประกาศโรงพยาบาลวิภาวดี
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลวิภาวดี

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลวิภาวดี วัน/เดือน/ปี : ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒ หัวข้อ: มีการกำหนดมาตรการ กลไก หรือวางระบบในการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) มีการกำหนดมาตรการ กลไก หรือวางระบบในการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน Link ภายนอก : ไม่มี หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล <i>อรอนงค์ อังกูรรัตน์</i> (นางสาวอรอนงค์ อังกูรรัตน์) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ วันที่ ๒๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติรับรอง <i>[Signature]</i> (นางสุรากรี มุสิกพันธ์) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ วันที่ ๒๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ <i>หทัยพันธ์</i> (นางสาวหทัยพันธ์ อินทร์จันทร์) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ วันที่ ๒๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒	