



ประกาศจังหวัดพทุมธานี

เรื่อง เชิญชวนโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการเอกชนเข้าร่วมเป็นหน่วยตรวจโรค Covid-19
ให้แก่คนต่างด้าวตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๓ และ เมื่อวันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๔
ณ จังหวัดพทุมธานี

คณะรัฐมนตรีมีมติ เมื่อวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๓ และเมื่อวันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๔ เห็นชอบผ่อนผันให้คนต่างด้าว ๓ สัญชาติ (กัมพูชา ลาว และเมียนมา) และผู้ติดตามอยู่ในราชอาณาจักรเพื่อทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายเป็นกรณีพิเศษ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ โดยกำหนดให้ลงทะเบียนผ่านระบบออนไลน์กับกระทรวงแรงงานตั้งแต่วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ตรวจคัดกรองโรค Covid-19 จัดเก็บอัตลักษณ์บุคคลกับสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองภายในวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๔ ตรวจสอบสุขภาพและซื้อประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๔ ขออนุญาตทำงานกับกระทรวงแรงงาน และจัดทำ/ปรับปรุงทะเบียนประวัติและออกบัตรกับกระทรวงมหาดไทย และเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จ คนต่างด้าวจะสามารถอยู่ในราชอาณาจักรและทำงานได้ถึงวันที่ ๓๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ซึ่งจังหวัดพทุมธานีมีผลการดำเนินการแจ้งบัญชีรายชื่อคนต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชาของจังหวัดพทุมธานี จำนวนทั้งสิ้น ๔๐,๗๓๔ คน จำแนกเป็นคนต่างด้าวที่มีนายจ้าง/สถานประกอบการ จำนวน ๓๘,๙๙๔ คน และเป็นคนต่างด้าวที่ไม่ได้ทำงาน ๑,๗๔๐ คน

เนื่องจากสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดพทุมธานี มีจำนวนผู้ติดเชื้อโรค Covid-19 เพิ่มขึ้นส่งผลต่อปริมาณของผู้ขอเข้าตรวจคัดกรองเชื้อโรค Covid-19 ในจังหวัดพทุมธานีที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย ซึ่งทำให้หน่วยงานตรวจคัดกรองเชื้อโรค Covid-19 ของจังหวัดพทุมธานีมีภาระงานล้นงานและมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอที่จะสามารถให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว ทั้งนี้เพื่อเพิ่มทางเลือก ลดความแออัด ความหนาแน่น และให้บริการตรวจคัดกรองเชื้อโรค Covid-19 แล้วเสร็จทันภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ จังหวัดพทุมธานีจึงประกาศเชิญชวนหน่วยงานหรือสถานพยาบาลเข้าร่วมเป็นหน่วยตรวจโรค Covid-19 ให้แก่คนต่างด้าวที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ในระบบออนไลน์ตามมติคณะรัฐมนตรีฯ ณ จังหวัดพทุมธานี ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติทั่วไป

๑.๑ เป็นโรงพยาบาลเอกชน หรือหน่วยให้บริการเอกชน โดยผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ และต้องดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพ

๑.๒ สิ่งส่งตรวจให้ส่งไปตรวจยังห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้การรับรองเท่านั้น

๑.๓ กรณีตรวจคัดกรองเชิงรุกนอกสถานบริการ หรือนอกสถานที่ สำหรับหน่วยบริการ ภาครัฐเอกชนได้ต้องประสานขออนุญาตสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยแจ้งรายละเอียดตามแบบ สท.อ.๔ ก่อน ให้บริการอย่างน้อย ๕ วันก่อนดำเนินการ

๑.๔ หากการตรวจคัดกรอง Covid-19 มีผลการตรวจ Positive สถานพยาบาลที่ดำเนินการตรวจ ต้องรับผู้ป่วยไว้รักษา และประสานกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบทันที

๒. วัน เวลา และสถานที่ดำเนินการ

โรงพยาบาลเอกชน และหน่วยบริการเอกชนที่ประสงค์จะเข้าร่วมเป็นหน่วยตรวจโรค Covid-19 ให้แก่คนต่างด้าวตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ และเมื่อวันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๔ ณ จังหวัดปทุมธานีให้ยื่นเอกสารและหนังสือขอเข้าร่วมเป็นหน่วยตรวจโรค Covid-19 ให้แก่แรงงานต่างด้าวฯ ได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เลขที่ ๑๔ ถนนรัฐอำนาจ ตำบลบางปรอก อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ๑๒๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๘๑-๖๔๕๕ โทรสาร ๐-๒๕๘๑-๗๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ

๓. เอกสารและหลักฐานที่ต้องใช้ในการขอเข้าร่วมเป็นหน่วยตรวจโรค Covid-19 ให้แก่คนต่างด้าวตาม มติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว ณ จังหวัดปทุมธานี การพิจารณา การแจ้งผล และแจ้งเงื่อนไขในการดำเนินการ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายชัยวัฒน์ ชื่นโกสุม)
ผู้ว่าราชการจังหวัดปทุมธานี

หลักฐานการรับคำขออนุญาต

สถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมาย ออกให้บริการเป็นการชั่วคราว

สถานที่ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
เลขรับ..... วันที่รับเอกสาร..... วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามที่กำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ
วันที่...../...../.....

รายการเอกสาร/หลักฐาน

- เป็นไปตามเงื่อนไข คือ แจ้งผู้อนุญาตทราบก่อนออกบริการอย่างน้อย ๕ วัน
- แบบฟอร์ม “แบบแจ้ง สร.อ.๔” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ ๑ ฉบับ
 - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเงินรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ๑ ฉบับ
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับกระทำการ
ครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับกระทำการมากกว่าครั้งเดียวพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
(ระบุสิ่งที่มอบให้กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความใน
เอกสาร การรับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)
- สำเนาสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ๑ ชุด
- บันทึกการปฏิบัติงาน ระบุ วัน เวลา สถานที่ และ ชื่อผู้ประกอบการหรือชื่อผู้ประกอบการศิลปะที่จะออกไปให้บริการ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือสำเนาใบประกอบโรคศิลปะของผู้ที่จะออกปฏิบัติงาน คนละ ๑ ฉบับ
- เงินรับรองสำเนาโดยเจ้าของเอกสาร ทุกฉบับ
- สมุดทะเบียนผู้ป่วย มีช่องให้ระบุ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และรายการที่จะตรวจ ๑ เล่ม
- รถเอกซเรย์(ถ้ามี) แนบสำเนาใบรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์ (มีนักรังสีวิทยาเป็นผู้ให้บริการ) ๑ ฉบับ
- รถชันสูตร(ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีนักเทคนิคการแพทย์
เป็นผู้ให้บริการ) กรณีใช้ Lab ของสถานพยาบาลอื่นให้แนบสำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการ
สถานพยาบาลนั้นๆ
- รถทันตกรรม(ถ้ามี) แนบสำเนาใบอนุญาตและมีมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการ)

แบบแจ้ง สร.อ. ๔

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

แบบแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ สำหรับสถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ใช้ยานพาหนะเป็นที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอ เพื่อการตรวจสุขภาพ การส่งเสริมหรือการป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปีระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว

อายุ ปี สัญชาติ.....อยู่เลขที่.....จอย.....ต.รอก

ถนนหมู่ที่ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

ขอแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสำหรับสถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลประเภท.....ที่ใช้ยานพาหนะ เป็นที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอเพื่อการตรวจดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล การส่งเสริมหรือการป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ดังนี้

(๑) วัน เวลาในการออกให้บริการ ระหว่าง.....ถึงวันที่.....

(๒) สถานที่ในการออกให้บริการ ณ.....

(๓) ผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๒ วิชาชีพเวชกรรม คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๓ ผู้ประกอบการโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

* หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ให้นำใบที่แจ้งมาแสดงและแจ้งการเปลี่ยนแปลงในวันนี้ออกให้บริการด้วย

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น

(ลายมือชื่อ) ผู้รับแจ้ง

(.....)

ผู้อนุญาต

ตัวอย่าง ตารางแสดงรายชื่อ ของผู้ประกอบการวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะ ที่ออกปฏิบัติงาน

