



ประกาศกรมเจ้าท่า
ที่ ๑๙๙/๒๕๕๔

เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือ

ด้วยคณะรัฐมนตรีได้มีมติในการประชุม เรื่องมาตรการทบทวนบทบาทภารกิจของส่วนราชการ ตามมาตรา ๓๓ แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.๒๕๔๖ เมื่อวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๕๓ เห็นชอบให้มีการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสอบและรับรองคุณภาพมาตรฐานของส่วนราชการต่างๆ ให้กับภาคเอกชน หรือ ภาคส่วนอื่นรับไปดำเนินการแทน โดยงานตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือเพื่อออกใบประกาศนียบัตรสุขภาพเป็นงานที่กรมเจ้าท่าจะต้องดำเนินการในระยะแรกนั้น เพื่อให้การถ่ายโอนงานเป็นไปตามแผนและขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว จึงประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขสำหรับการรับการถ่ายโอนภารกิจตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือไว้ดังนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

(๑) “การถ่ายโอนภารกิจ” หมายความว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือให้กับโรงพยาบาลของรัฐ หรือ โรงพยาบาลเอกชนที่มีความสามารถในการตรวจสอบสุขภาพของคนประจำเรือ

(๒) “สถานพยาบาล” หมายความว่า โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชน ซึ่งได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขให้จัดตั้งได้

(๓) “สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง” หมายความว่า สถานพยาบาลของเอกชน ที่ได้ขึ้นทะเบียนกับกรมเจ้าท่าให้มีสิทธิตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือเพื่อออกใบประกาศนียบัตรสุขภาพได้ หรือ สถานพยาบาลของรัฐที่มีแพทย์คนประจำเรือทำการประจำ

(๔) “การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล” หมายความว่า การที่กรมเจ้าท่าให้การยอมรับมาตรฐานด้านการตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือเพื่อออกใบรับรองประกาศนียบัตรสุขภาพคนประจำเรือของสถานพยาบาล

(๕) “ผู้ยื่นคำขอ” หมายความว่า นิติบุคคลที่มีความประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลที่จะรับถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือ เพื่อเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

(๖) “ระเบียบกรมเจ้าท่า” หมายความว่า ระเบียบกรมเจ้าท่าว่าด้วยมาตรฐานการตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือและการออกประกาศนียบัตรสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔

(๗) “แพทย์คนประจำเรือ” หมายความว่า ผู้มีวิชาชีพทางการแพทย์ที่ได้รับประกาศนียบัตรรับรองแพทย์คนประจำเรือจากกรมเจ้าท่าและมีอำนาจลงนามในประกาศนียบัตรสุขภาพคนประจำเรือ

ข้อ ๒ คุณสมบัติของสถานพยาบาลที่รับการขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

(๑) มีสถานะเป็นนิติบุคคล

(๒) ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขให้จัดตั้งได้

(๓) มีแพทย์คนประจำเรือทำการประจำและมีขอขยายรายการตรวจสุขภาพตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกรมเจ้าท่าว่าด้วยมาตรฐานการตรวจสุขภาพคนประจำเรือและการออกประกาศนียบัตรสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔

ข้อ ๓ ข้อกำหนดทั่วไป

(๓.๑) สถานพยาบาลที่มีความประสงค์จะรับการถ่ายโอนภารกิจการตรวจสุขภาพคนประจำเรือจากกรมเจ้าท่า ต้องปฏิบัติดังนี้

(๑) กรอกข้อมูลลงในแบบคำขอรับการถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสุขภาพคนประจำเรือของกรมเจ้าท่าให้ถูกต้องและครบถ้วนตามแบบที่กำหนดไว้ในภาคผนวก ๑

(๒) บุคคลที่ลงนามในแบบคำขอรับการถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสุขภาพคนประจำเรือจะต้องเป็นผู้บริหารสูงสุดของสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ

(๓) ต้องมีเอกสารหลักฐานและเอกสารประกอบที่แสดงถึงความสามารถด้านการตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือตามขอขยายรายการตรวจตามแบบที่กำหนดไว้ในภาคผนวก ๑

(๓.๒) แพทย์วิชาชีพที่มีความประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์คนประจำเรือจากกรมเจ้าท่าต้องปฏิบัติดังนี้

(๑) กรอกข้อมูลลงในแบบคำขอขึ้นทะเบียนแพทย์คนประจำเรือของกรมเจ้าท่าให้ถูกต้องและครบถ้วนตามแบบที่กำหนดไว้ในภาคผนวก ๒

(๒) ต้องมีเอกสารหลักฐานประกอบที่แสดงว่ามีความรู้ความสามารถหรือมีประสบการณ์ในวิชาชีพด้านเป็นแพทย์คนประจำเรือตามที่กำหนดไว้ในภาคผนวก ๒

ข้อ ๔ ขั้นตอนการดำเนินการ

(๔.๑) สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

(๑) สถานพยาบาลที่มีความประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง ให้ยื่นแบบคำขอรับการถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสุขภาพคนประจำเรือ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบคำขอ ณ กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่า เลขที่ ๑๒๗๘ ถนนโยธา แขวงตลาดน้อย เขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ ๐๒-๒๓๓๑๓๑๑-๘ ต่อ ๒๓๐, ๒๕๓ และ ๓๒๐ โทรสาร ๐๒-๖๓๔๔๗๖๗

(๒) หลังจากที่ได้รับแบบคำขอแล้ว กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่าจะดำเนินการดังนี้

(๒.๑) ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ยื่นคำขอ กรณีที่คุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่า ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่รับคำขอ

(๒.๒) ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสาร กรณีที่เอกสารไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ดำเนินการให้เรียบร้อยภายในระยะเวลา ๗ วัน หากเกินระยะเวลาที่กำหนดไว้ กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่าขอสงวนสิทธิ์ในการไม่รับคำขอ

(๒.๓) กรณีที่กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่า ตรวจสอบแล้วผู้ยื่นคำขอมิคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนด จะขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลที่รับการถ่ายโอนภารกิจ โดยบันทึกรายชื่อสถานพยาบาลนั้น ในบัญชีรายชื่อสถานพยาบาลที่รับการถ่ายโอนภารกิจ ด้านการตรวจสุขภาพคนประจำเรือ ตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลที่รับการถ่ายโอนภารกิจ ได้ที่ [Http://www.md.go.th](http://www.md.go.th)

(๒.๔) กรมเจ้าท่า จะจัดทำหนังสือรับรองการถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสุขภาพคนประจำเรือตามแบบในภาคผนวก ๓ แจกให้สถานพยาบาลที่รับการถ่ายโอนภารกิจ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

(๔.๒) แพทย์คนประจำเรือ

(๑) แพทย์วิชาชีพที่มีความประสงค์จะขึ้นทะเบียนแพทย์คนประจำเรือ ให้ยื่นแบบคำขอขึ้นทะเบียนแพทย์คนประจำเรือพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบคำขอ ณ กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่า เลขที่ ๑๒๗๘ ถนนโยธา แขวงตลาดน้อย เขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ ๐๒-๒๓๓๑๓๑๑-๘ ต่อ ๒๓๐, ๒๕๓ และ ๓๒๐ โทรสาร ๐๒-๖๓๙๔๗๖๓

(๒) หลังจากที่ได้รับแบบคำขอแล้ว กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่าจะดำเนินการดังนี้

(๒.๑) ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ยื่นคำขอ กรณีที่คุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่า ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่รับคำขอ

(๒.๒) ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสาร กรณีที่เอกสารไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ดำเนินการให้รีบรื้อยกภายในระยะเวลา ๗ วัน หากเกินระยะเวลาที่กำหนดไว้ กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่า ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่รับคำขอ

(๒.๓) กรณีที่กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่า ตรวจสอบแล้วผู้ยื่นคำขอมิคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนด จะออกประกาศนียบัตรรับรองแพทย์คนประจำเรือ โดยจะขึ้นทะเบียนไว้ในบัญชีแพทย์คนประจำเรือ ซึ่งสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ [Http://www.md.go.th](http://www.md.go.th)

ข้อ ๕ เงื่อนไขสำหรับสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองและแพทย์คนประจำเรือ

(๑) ต้องรักษามาตรฐานด้านการตรวจสุขภาพคนประจำเรือตลอดระยะเวลาที่ขึ้นทะเบียน

(๒) สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองต้องจัดทำสรุปรายงานผลการออกประกาศนียบัตรสุขภาพต่อกรมเจ้าท่า อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง

(๓) การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลที่รับการถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสุขภาพคนประจำเรือ มีอายุนับจากวันที่ออกหนังสือรับรองการถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสุขภาพคนประจำเรือส่วนการขึ้นทะเบียนแพทย์คนประจำเรือ มีอายุนับตั้งแต่วันที่ออกใบประกาศนียบัตรรับรองแพทย์คนประจำเรือ

ข้อ ๖ การเพิกถอนขึ้นทะเบียน

กรมเจ้าท่าจะพิจารณาเพิกถอนการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองหรือแพทย์คนประจำเรือในกรณีดังนี้

(๑) ไม่รักษามาตรฐานด้านการตรวจสุขภาพคนประจำเรือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบกรมเจ้าท่าในระยะเวลาที่ได้ขึ้นทะเบียน

(๒) สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองไม่จัดทำสรุปรายงานผลการออกใบประกาศนียบัตรสุขภาพภายในระยะเวลา ๖ เดือน ขึ้นไป

(๓) การกระทำอื่นๆ ที่มีพฤติการณ์ส่อไปในทางทุจริตซึ่งมีผลกระทบต่อมาตรฐานของการตรวจสุขภาพคนประจำเรือ

(๔) กรมเจ้าท่าจะแจ้งผลการพิจารณาการเพิกถอนการขึ้นทะเบียนให้สถานพยาบาลหรือแพทย์คนประจำเรือทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้อ ๗ การอุทธรณ์

(๑) สถานพยาบาลที่รับการรับรองหรือแพทย์คนประจำเรือที่ถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียนสามารถยื่นหนังสืออุทธรณ์ต่อกรมเจ้าท่าได้ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่กรมเจ้าท่ามีหนังสือแจ้งการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

(๒) กรมเจ้าท่าจะแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาข้ออุทธรณ์โดยจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้อุทธรณ์ทราบภายใน ๔๕ วัน นับแต่วันที่ได้อุทธรณ์

(๓) ในระหว่างที่คณะกรรมการพิจารณาคำอุทธรณ์ คำสั่งการเพิกถอนการขึ้นทะเบียนยังมีผลบังคับใช้

(๔) คำตัดสินของคณะกรรมการพิจารณาข้ออุทธรณ์ให้ถือเป็นข้อสิ้นสุด

ข้อ ๘ ในระยะเวลาระหว่างที่กรมเจ้าท่าดำเนินการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง ให้การตรวจสุขภาพคนประจำเรือเพื่อออกใบประกาศนียบัตรสุขภาพสามารถกระทำได้ในสถานพยาบาลเอกชนที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนหรือสถานพยาบาลของรัฐที่ยังไม่มีแพทย์คนประจำเรือ ทั้งนี้จะต้องดำเนินการก่อนวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๖

ประกาศ ณ วันที่ ๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(ลงชื่อ) วัลย์รัฐ อ่อนศิริ
(นายวัลย์รัฐ อ่อนศิริ)
อธิบดีกรมเจ้าท่า

ภาคผนวก ๑

แบบคำขอรับการถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสุขภาพคนประจำเรือ กรมเจ้าท่า

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑) ชื่อสถานพยาบาล.....
สถานที่ตั้ง เลขที่.....ซอย.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....E-mail address.....

๒) รายชื่อแพทย์ผู้ทำหน้าที่ตรวจสุขภาพคนประจำเรือ

๒.๑ ชื่อ-สกุล.....
 หมายเลขทะเบียน.....
๒.๒ ชื่อ-สกุล.....
 หมายเลขทะเบียน.....
๒.๓ ชื่อ-สกุล.....
 หมายเลขทะเบียน.....
๒.๔ ชื่อ-สกุล.....
 หมายเลขทะเบียน.....
๒.๕ ชื่อ-สกุล.....
 หมายเลขทะเบียน.....

๓) เอกสารและหลักฐานต่างๆที่ต้องแนบมาพร้อมแบบคำขอ

๓.๑ สำเนาเอกสารการจดทะเบียนเป็นสถานประกอบการ
๓.๒ เอกสารหลักฐานที่แสดงว่ามีสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์สำหรับการดำเนินการตรวจสุขภาพคนประจำเรือ
๓.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ พร้อมด้วยหลักฐานการมอบอำนาจ

๔) คำรับรองและข้อสัญญา

๔.๑ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลและรายละเอียดตามที่ได้ระบุไว้ในแบบคำขอพร้อมด้วยเอกสารประกอบคำขอเป็นความจริงทุกประการ

๔.๒ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะดำเนินการตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆตามข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพคนประจำเรือของกรมเจ้าท่าและที่แก้ไขเพิ่มเติมในภายหลัง

๔.๓ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะดำเนินการตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือเพื่อออกประกาศนียบัตรสุขภาพให้เป็นไปโดยถูกต้องและดำรงรักษาไว้ซึ่งความเป็นกลางตลอดจนมีความซื่อตรงในการดำเนินการกิจกรรมของสถานพยาบาลต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
ตำแหน่ง.....

คำแนะนำในการกรอกแบบคำขอรับการถ่ายโอนภารกิจด้านการตรวจสุขภาพคนประจำเรือ

๑. ชื่อสถานพยาบาล

๑.๑ กรณีที่เป็นหน่วยงานซึ่งอยู่ในความดูแลของภาคราชการให้ระบุชื่อของสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกาที่จัดตั้ง

๑.๒ กรณีที่เป็นบริษัท/ห้างหุ้นส่วนจำกัด ให้ระบุชื่อเต็มตามที่ได้จดทะเบียนกับกระทรวงพาณิชย์

๒. รายชื่อแพทย์ผู้ทำหน้าที่ตรวจสุขภาพคนประจำเรือ

ให้ระบุชื่อ-สกุลของแพทย์ วุฒิการศึกษาของแพทย์ผู้ทำหน้าที่ตรวจสุขภาพคนประจำเรือและเป็นผู้ที่ลงนามในประกาศนียบัตรสุขภาพคนประจำเรือ โดยจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามระเบียบกรมเจ้าท่าว่าด้วยคนประจำเรือเดินทะเล พ.ศ. ๒๕๕๔ ทั้งนี้ต้องระบุตามจำนวนของแพทย์ผู้ทำหน้าที่ตรวจสุขภาพคนประจำเรือที่ทำการประจำในสถานพยาบาลนั้น

๓. เอกสารและหลักฐานต่างๆที่ต้องแนบมาพร้อมแบบคำขอ

ให้จัดเอกสารหลักฐานต่างๆให้ครบถ้วนตามที่กำหนดพร้อมลงนามรับรองสำเนาแนบมาพร้อมกับแบบคำขอรับการถ่ายโอนภารกิจ

๔. การลงนามผู้ยื่นคำขอ

๔.๑ กรณีที่เป็นบริษัทจำกัด/ห้างหุ้นส่วนจำกัด ให้ลงนามโดยผู้ที่มีอำนาจลงนามตามหนังสือจดทะเบียนกับกระทรวงพาณิชย์พร้อมประทับตราเครื่องหมายบริษัท หรือบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจไว้

๔.๒ กรณีที่เป็นสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของภาครัฐให้ลงนามโดยผู้มีอำนาจสูงสุด

ภาคผนวก ๒
แบบคำขอการขึ้นทะเบียนแพทย์คนประจำเรือ

วันที่ เดือน พ.ศ.

รูปขนาด ๒ นิ้ว

๑. ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... ถนน..... ซอย..... หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail address.....

๒. หมายเลขทะเบียน.....

๓. เอกสารและหลักฐานต่างๆที่ต้องแนบมาพร้อมคำขอ

๓.๑ สำเนาเอกสารใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

๓.๒ เอกสารหลักฐานที่แสดงว่ามีคุณสมบัติตามระเบียบกรมเจ้าท่าว่าด้วย มาตรฐานการตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือและการออกประกาศนียบัตรสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔ ข้อใดข้อหนึ่ง คือ

๓.๒.๑ มีประสบการณ์ในวิชาชีพด้านเป็นแพทย์ประจำเรือ หรือแพทย์ประจำบริษัท ซึ่งดำเนินการเดินเรือ หรือ

๓.๒.๒ มีประสบการณ์ทำงานภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์คนประจำเรือมาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๖ เดือน หรือ

๓.๒.๓ ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรตามที่กรมเจ้าท่ากำหนด หรือ

๓.๒.๔ มีประสบการณ์ในการตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือในระยะเวลา ๕ ปี ก่อนที่ทะเบียนนี้ใช้บังคับ

๓.๓ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำขอและหลักฐานการมอบอำนาจกรณียื่นทำการแทน

๓.๔ รูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ ใบ

๔. คำรับรองและข้อสัญญา

๔.๑ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลและรายละเอียดตามที่ได้ระบุไว้ในแบบคำขอพร้อมด้วยเอกสารประกอบคำขอเป็นความจริงทุกประการ

๔.๒ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะดำเนินการตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆตามข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือของกรมเจ้าท่าและที่แก้ไขเพิ่มเติมในภายหลัง

๔.๓ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะดำเนินการตรวจสอบสุขภาพคนประจำเรือเพื่อออกประกาศนียบัตรสุขภาพให้เป็นไปโดยถูกต้องและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลางตลอดจนมีความซื่อตรงในการดำเนินการออกประกาศนียบัตรสุขภาพคนประจำเรือต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ขอ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นแทน
(.....)



กรมเจ้าท่า

หนังสือรับรอง
สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

เลขที่.....
ออกให้เพื่อแสดงว่า

สถานพยาบาลชื่อ.....
ที่ตั้งเลขที่.....

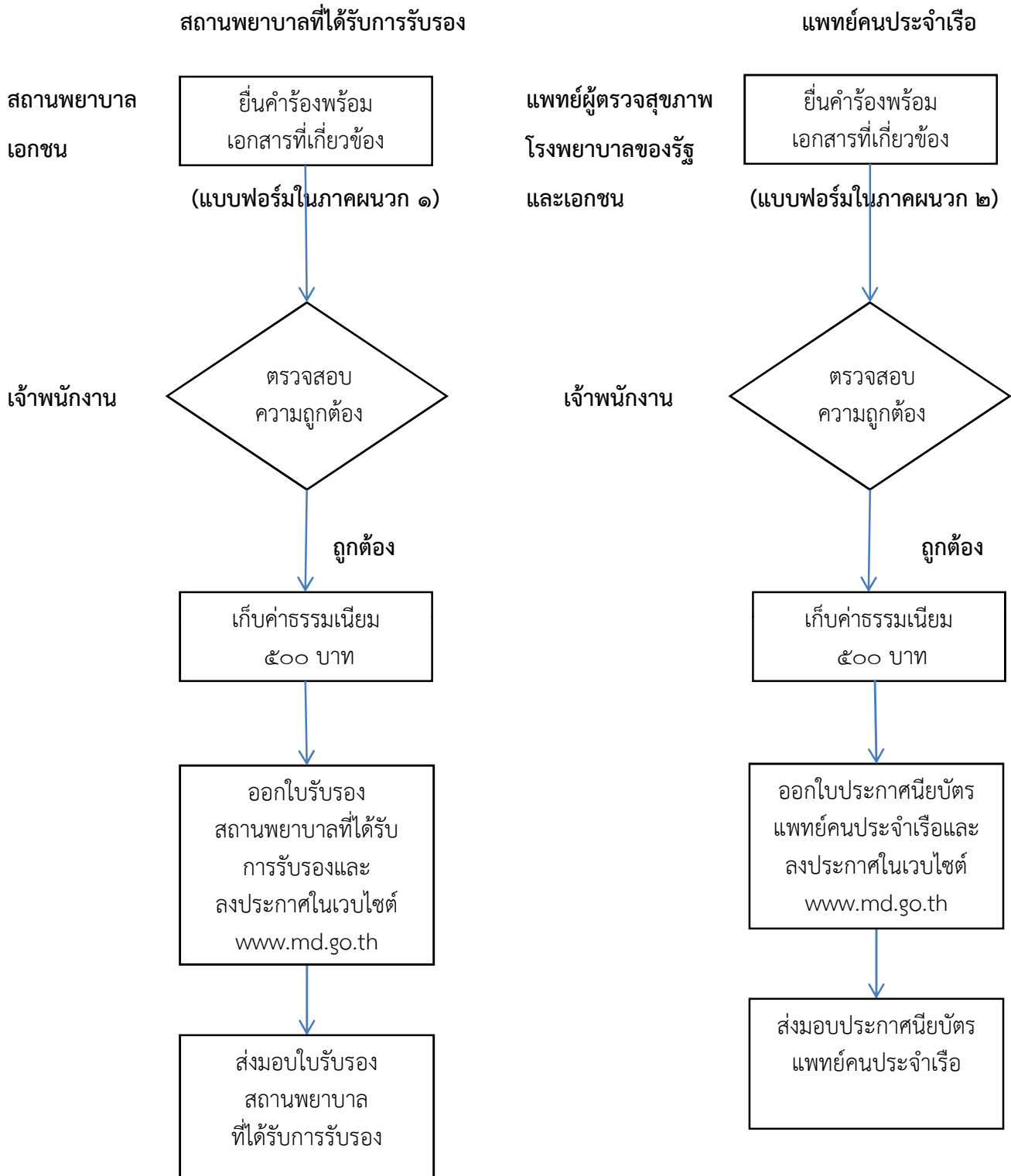
ได้รับการอนุมัติให้เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองให้มีสิทธิตรวจสุขภาพคนประจำเรือและออกใบประกาศนียบัตรสุขภาพคนประจำเรือภายใต้การถ่ายโอนอำนาจจากอธิบดีกรมเจ้าท่าตามข้อบังคับกรมเจ้าท่า ว่าด้วยการฝึกอบรม การสอบความรู้และการออกประกาศนียบัตรผู้ทำการในเรือ พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติมและสอดคล้องตามมาตรฐานของอนุสัญญาระหว่างประเทศ ว่าด้วยมาตรฐานการฝึกอบรม การออกประกาศนียบัตรและการเข้าเวรยามของคนประจำเรือ ค.ศ. ๑๙๗๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ออกให้ ณ วันที่.....

.....
ผู้อำนวยการกองมาตรฐานคนประจำเรือ
เจ้าพนักงานผู้ได้รับมอบอำนาจจากอธิบดีกรมเจ้าท่า

กองมาตรฐานคนประจำเรือ เลขที่ ๑๒๗๘ ถนนโยธา เขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๒๓๓-๑๓๑๑-๘ โทรสาร ๐๒-๖๓๙-๔๗๖๗
E-MAIL ADDRESS: seafarers@md.go.th, seafarers.md@hotmail.com

แผนผังขั้นตอนการดำเนินการ



หมายเหตุ แบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองและแพทย์คนประจำเรือ สามารถ Download ได้ที่ www.md.go.th หากมีปัญหาประการใดโปรดติดต่อที่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๒๓๓๓๓๓๑๑-๘ ต่อ ๒๓๐,๒๕๓,๓๒๐ โทรสาร ๐๒-๖๓๙๔๗๖๗ E-MAIL ADDRESS seafarers.md@hotmail.com, seafarers@md.go.th