

ประกาศศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
เรื่อง คู่มือการขอรับบริการข้อมูลข่าวสารของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

เพื่อให้การบริหารจัดการเรื่องการขอรับบริการข้อมูลข่าวสารของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย เหมาะสม เป็นไปตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐ และพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทานขอประกาศนโยบายเพื่อกำหนดวิธีการ ขั้นตอนการดำเนินการในการขอข้อมูลข่าวสารของทางราชการ โดยมีการจัดทำคู่มือการขอรับบริการข้อมูลข่าวสารของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

ทั้งนี้ ให้ยกเลิกประกาศโรงพยาบาลชลประทาน เรื่อง คู่มือการขอรับบริการข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลชลประทาน ที่ประกาศใช้ ณ วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๘

ให้ประกาศฉบับนี้ มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

คู่มือการขอรับบริการ

ข้อมูลข่าวสาร

ของ

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ

ชลประทาน

ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๒

ส่วนที่ ๑

ขั้นตอนการขอรับบริการ

กรณีที่ ๑ การขอรับบริการด้วยตนเอง

- ขั้นที่ ๑ ผู้ขอรับบริการสามารถขอรับแบบฟอร์มคำขอข้อมูลข่าวสาร และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน
- ขั้นที่ ๒ ผู้ขอรับบริการสามารถนำแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร มายื่นได้ที่หน่วยนิติการ ศูนย์การแพทย์ ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน พร้อมแสดงเอกสารระบุตัวตน
- ขั้นที่ ๓ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ลงนามในสำเนาแบบคำขอข้อมูลข่าวสารของผู้ขอรับบริการ เพื่อเป็นหลักฐานในการติดตามเรื่อง
- ขั้นที่ ๔ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน จะดำเนินการพิจารณาคำขอและแจ้งผลให้แล้วเสร็จ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบแบบคำขอข้อมูลข่าวสารของผู้ขอรับบริการ
- อนึ่ง หากศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทานดำเนินการไม่แล้วเสร็จ จะดำเนินการแจ้งการดำเนินการให้ผู้ขอรับบริการทราบทุก ๑๕ วัน
- ขั้นที่ ๕ เมื่อผู้ขอรับบริการได้รับผลการพิจารณาคำขอรับบริการข้อมูลข่าวสารแล้ว ให้มาติดต่อที่หน่วยนิติการ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน และหากผู้ขอรับบริการไม่สามารถติดต่อ ตรวจสอบ/รับ สำเนาเอกสารได้ตามวัน เวลาที่กำหนด ขอให้ประสานแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเพื่อเข้ารับเอกสารให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วันนับแต่ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่
- ขั้นที่ ๖ หากผู้ขอรับบริการไม่ดำเนินการติดต่อภายในระยะเวลาที่กำหนด ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน จะจำหน่ายเรื่องออกจากระบบ โดยศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องค่าเสียหาย/ค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการอันเกิดจากคำขอข้อมูลข่าวสารของผู้ขอรับบริการ

กรณีที่ ๒ การขอรับบริการโดยตัวแทน หรือทางไปรษณีย์

- ขั้นที่ ๑ ผู้ขอรับบริการสามารถขอรับแบบฟอร์มคำขอข้อมูลข่าวสาร และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน
- ขั้นที่ ๒ ผู้ขอรับบริการสามารถส่งแบบคำขอข้อมูลข่าวสารมาทางไปรษณีย์ พร้อมสำเนาเอกสารระบุตัวตนที่มีคำรับรองสำเนาถูกต้อง มายังหน่วยงาน/ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
- กรณีที่ผู้ขอรับบริการเป็นผู้รับมอบอำนาจ/มอบฉันทะ จะต้องหนังสือมอบอำนาจ/มอบฉันทะ พร้อมสำเนาเอกสารระบุตัวตนที่มีคำรับรองสำเนาถูกต้องของผู้มอบอำนาจ/มอบฉันทะ และผู้รับมอบอำนาจ/รับมอบฉันทะ
- ขั้นที่ ๓ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มีหนังสือแจ้งรับทราบแบบคำขอข้อมูลข่าวสารของผู้ขอรับบริการ ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ได้รับทราบแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร
- ขั้นที่ ๔ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน จะดำเนินการพิจารณาคำขอและแจ้งผลให้แล้วเสร็จ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบแบบคำขอข้อมูลข่าวสารของผู้ขอรับบริการ
- อนึ่ง หากศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ดำเนินการไม่แล้วเสร็จ จะดำเนินการแจ้งการดำเนินการให้ผู้ขอรับบริการทราบทุก ๑๕ วัน
- ขั้นที่ ๕ เมื่อผู้ขอรับบริการได้รับผลการพิจารณาคำขอรับบริการข้อมูลข่าวสารแล้ว ให้มาติดต่อที่หน่วยงาน/ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน และหากผู้ขอรับบริการไม่สามารถติดต่อตรวจ/รับ สำเนาเอกสารได้ตามวัน เวลาที่กำหนด ขอให้ประสานแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเพื่อเข้ารับเอกสารให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วันนับแต่ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่
- ขั้นที่ ๖ หากผู้ขอรับบริการไม่ดำเนินการติดต่อภายในระยะเวลาที่กำหนด ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทานจะจำหน่ายเรื่องออกจากระบบ โดยศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องค่าเสียหาย/ค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการอันเกิดจากคำขอข้อมูลข่าวสารของผู้ขอรับบริการ

ส่วนที่ ๒

สถานที่ติดต่อด้วยตนเอง

หน่วยนิติการ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

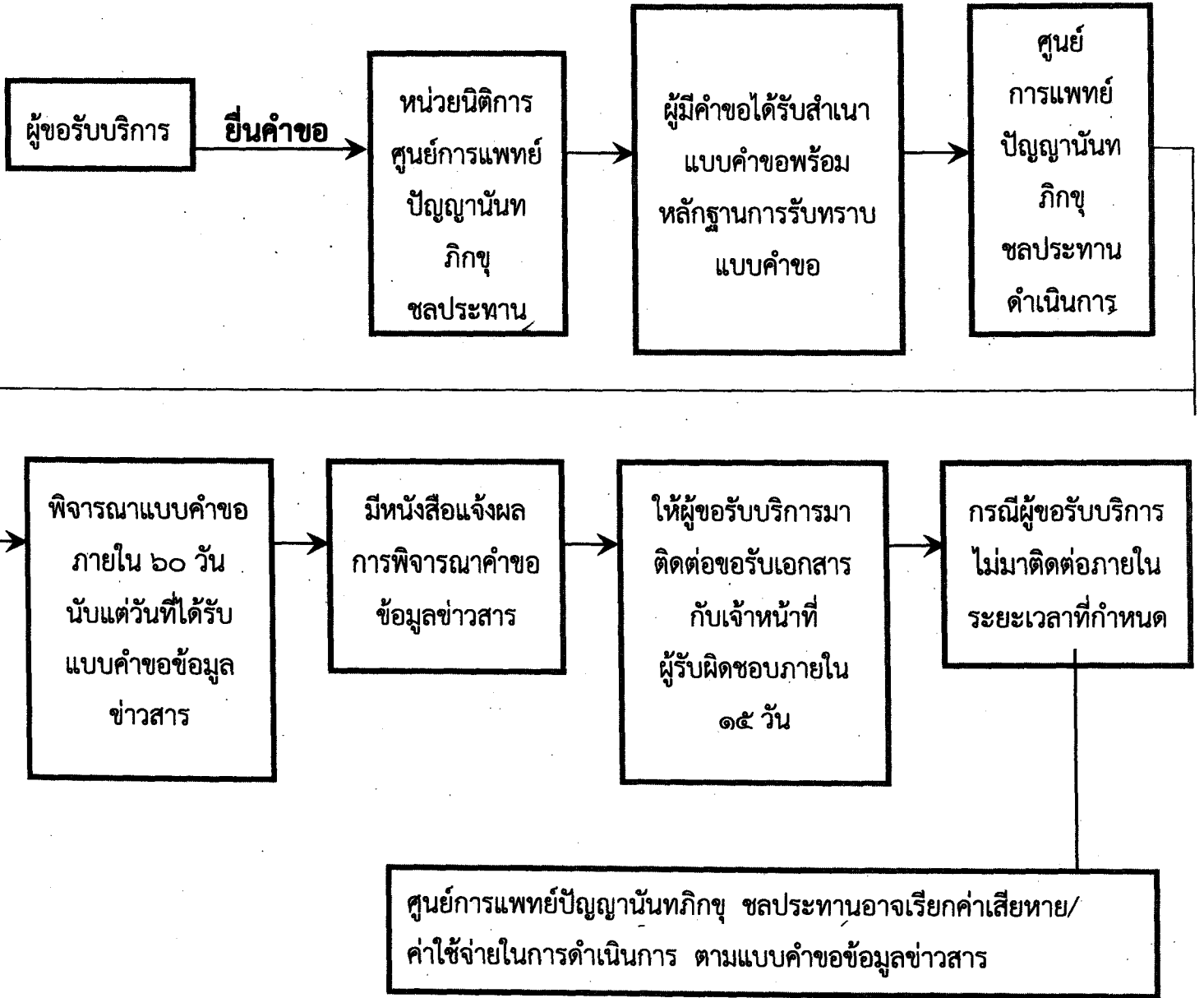
สถานที่ติดต่อทางไปรษณีย์

เรียนผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน หน่วยนิติการ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ๒๒๒ หมู่ ๑ ถนนติวานนท์ ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี ๑๑๑๒๐

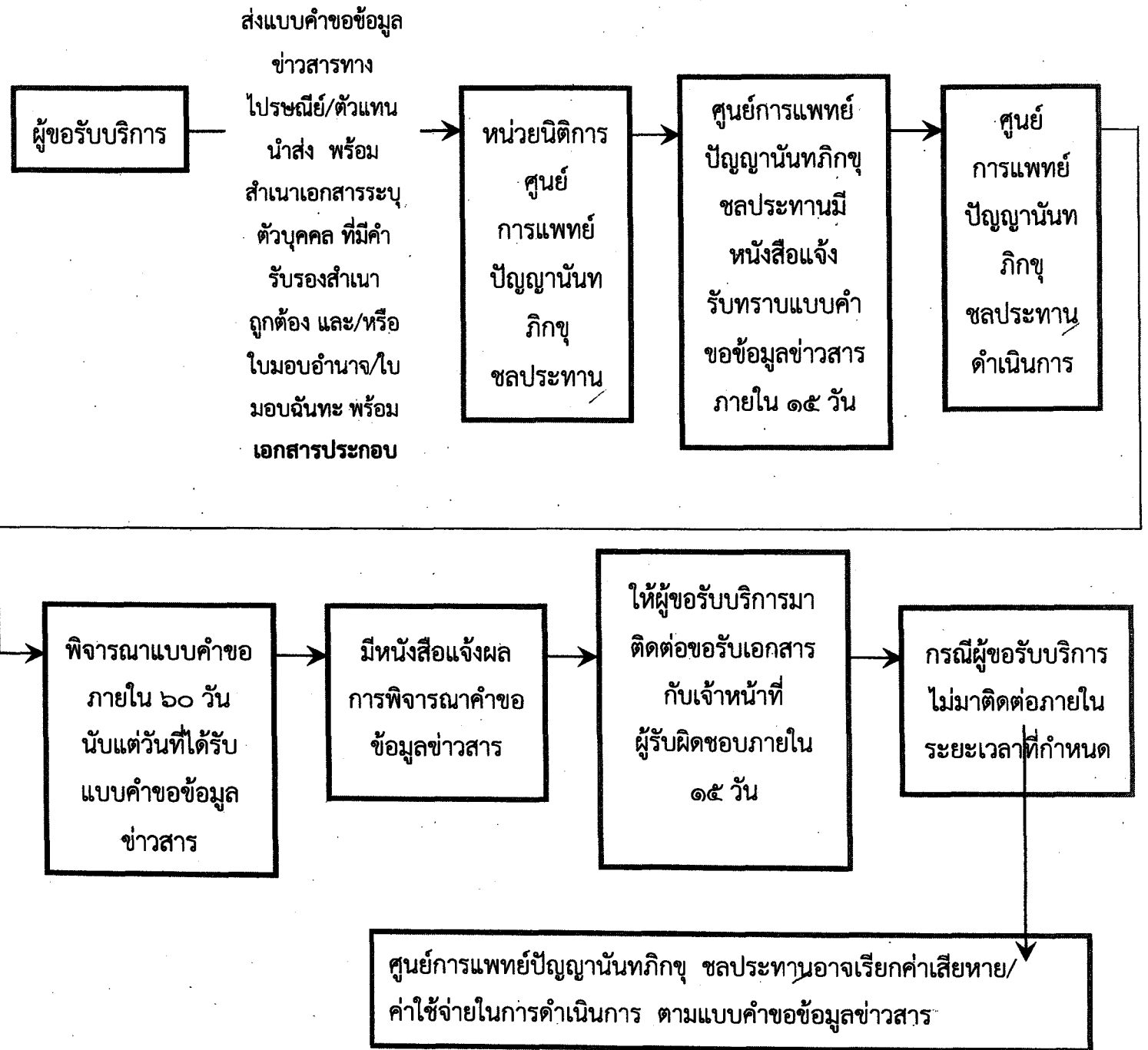
ส่วนที่ ๓

การดำเนินงาน

กรณีที่ ๑ การขอรับบริการด้วยตนเอง



กรณีที่ ๒ การขอรับบริการโดยตัวแทน หรือทางไปรษณีย์



ภาคผนวก

๑. ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เรื่องหลักเกณฑ์การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการขอสำเนาหรือสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารของราชการ



ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
เรื่อง หลักเกณฑ์การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการขอสำเนา หรือ
ขอสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารของราชการ

ด้วยพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ มาตรา ๙ วรรคสาม กำหนดให้หน่วยงานของรัฐโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ วางหลักเกณฑ์ การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมในการขอสำเนา หรือขอสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารของราชการได้ โดยให้คำนึงถึงการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยประกอบด้วย ทั้งนี้ เว้นแต่จะมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติไว้เป็นอย่างอื่น

ดังนั้นเพื่อให้การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการขอสำเนา หรือขอสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารของราชการเป็นไปด้วยความเหมาะสมและเป็นแนวทางเดียวกัน และโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร จึงกำหนดอัตราค่าธรรมเนียม ดังนี้

๑. ค่าธรรมเนียมการทำสำเนาโดยเครื่องถ่ายเอกสาร โดยกำหนดอัตราดังต่อไปนี้

(๑) ขนาดกระดาษ เอ ๔	หน้าละ	๑ บาท
(๒) ขนาดกระดาษ เอ ๓	หน้าละ	๑.๕๐ บาท
(๓) ขนาดกระดาษ บี ๔	หน้าละ	๒ บาท
(๔) ขนาดกระดาษ เอ ๓	หน้าละ	๓ บาท
(๕) ขนาดกระดาษพิมพ์เขียว เอ ๒	หน้าละ	๘ บาท
(๖) ขนาดกระดาษพิมพ์เขียว เอ ๑	หน้าละ	๑๕ บาท
(๗) ขนาดกระดาษพิมพ์เขียว เอ ๐	หน้าละ	๓๐ บาท

๒. การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการทำสำเนาโดยเครื่องถ่ายเอกสารในขนาดกระดาษ หรือในอัตราที่เกินกว่าที่กำหนดไว้ใน ข้อ ๑ หรือการขอสำเนาที่เป็นสื่อประเภทอื่น ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ เว้นแต่เป็นการเรียกค่าธรรมเนียมที่ไม่เกินต้นทุนที่แท้จริง

๓. การเรียกค่าธรรมเนียมการให้คำรับรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารให้คิดในอัตราคำรับรองหน้าละ ๕ บาท

/๔. ในกรณีที่ผู้ขอสำเนา...

แบบคำขอข้อมูลข่าวสาร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขโทรสาร.....มีความประสงค์ขอรับบริการข้อมูลข่าวสารตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐

โดย ขอตรวจดู ขอคัดสำเนา (เสียค่าใช้จ่าย) ขอคัดสำเนาที่มีค่าธรรมเนียม(เสียค่าใช้จ่าย)

ในเรื่องต่อไปนี้

๑.

๒.

๓.

เพื่อใช้ประโยชน์ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

คำสั่ง

อนุญาต และให้มาตรวจสอบเอกสารต้นฉบับเพื่อทำสำเนาในวัน เวลา

ผู้รับผิดชอบ

ไม่อาจดำเนินการได้ เนื่องจาก

คำขอไม่ชัดเจน ไม่มีข้อมูล

ไม่อนุญาต เนื่องจาก

ขอจำนวนมากหรือบ่อยครั้ง โดยไม่มีเหตุอันควร

อาจเสียหายต่อสถาบันพระมหากษัตริย์

เปิดเผยไม่ได้ตาม มาตรา ๑๕ เนื่องจาก

หากท่านไม่เห็นด้วยกับคำสั่งนี้ ท่านมีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ทราบคำสั่งนี้

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

ตำแหน่ง.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้วว่าเป็นต้นฉบับที่ข้าพเจ้าต้องการคัดสำเนาจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ขอสำเนาข่าวสาร เรื่อง

ขนาดกระดาษ..... จำนวน หน้า หน้าละ..... บาท เป็นจำนวนเงิน บาท

- ขอสำเนาข่าวสาร เรื่อง

ขนาดกระดาษ..... จำนวน หน้า หน้าละ..... บาท เป็นจำนวนเงิน บาท

- ขอสำเนาข่าวสาร เรื่อง

ขนาดกระดาษ..... จำนวน หน้า หน้าละ..... บาท เป็นจำนวนเงิน บาท

- ขอสำเนาข่าวสาร เรื่อง

ขนาดกระดาษ..... จำนวน หน้า หน้าละ..... บาท เป็นจำนวนเงิน บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้นบาท

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

งานการเงินและบัญชี ได้รับชำระค่าธรรมเนียมเรียบร้อยแล้ว และออกใบเสร็จเลขที่ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อผู้รับเงิน

(.....)

กำหนดรับเอกสารวันที่.....(ทางโรงพยาบาลชลประทานขอสงวนสิทธิ์ในการทำลายเอกสารหากท่านไม่มารับ
หลังกำหนดเกิน ๑ เดือน)

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ข้าพเจ้าได้รับเอกสารเรียบร้อยแล้ว และได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ

(.....)