ประเภท ☐ กิจการสปา
☐ กิจการนวดเพื่อสุขภาพ
☐ กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม
☐ กิจการอื่นตามที่กำหนดใน
กฎกระทรวง .....

เลขที่รับ.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เขียนที่ .....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี ซึ่งเป็นผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีเป็นผู้รับมอบอำนาจต้องแนบใบมอบอำนาจด้วย)

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) .....

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(๒) .....

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๓) .....

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต เป็นนิติบุคคลประเภท .....

จดทะเบียนเมื่อ.....เลขทะเบียน .....

๒. ข้าพเจ้าขอยื่นคำขอต่อผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อขออนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ดังนี้

☐ กิจการสปา การบริการโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก และประกอบด้วยบริการอื่นอีกอย่างน้อยสามอย่าง คือ ๑. .....

๒. ..... ๓. .....

๔. ..... ๕. .....

☐ กิจการนวดเพื่อสุขภาพ โดยมีการให้บริการ คือ .....

☐ กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม โดยมีการให้บริการ คือ .....

☐ กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง คือ .....

โดยใช้ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นภาษาไทย ว่า

.....

ภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี) ว่า

.....

๓. ที่ตั้งของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ลักษณะสถานที่ที่ใช้เป็นที่ตั้ง ☐บ้าน ☐ อาคาร ☐ศูนย์การค้า ☐อื่น ๆ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน .....ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....

จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ .....

โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

วัน/เวลาที่เปิดให้บริการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ)

.....

๔. กรณียื่นขอรับใบอนุญาตเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทที่มีผู้ดำเนินการ

☐กิจการสปา ☐ กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

มีผู้ดำเนินการ (๑) ชื่อ..... สกุล.....สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ใบอนุญาตให้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เลขที่.....

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. .....

วัน/เวลาที่ให้บริการเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ)

.....

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ .....โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ช่องทางการติดต่อทางอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ .....

(๒) ชื่อ..... สกุล..... สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี
บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว | | | | | | | | | | | | | |

ใบอนุญาตให้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เลขที่.....

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. .....

วัน/เวลาที่ให้บริการเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ)
.....

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ .....โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ช่องทางการติดต่อทางอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ .....

๕. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

๖. ข้าพเจ้าได้ดำเนินการให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออกตามมาตรา ๒๖ ครบถ้วนทุกประการแล้ว

๗. มีผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการต่อผู้อนุญาต จำนวน..... คน ดังมีรายชื่อตามบัญชีแนบท้าย

๘. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณา จำนวน ..... ฉบับ ดังนี้

(๑) แผนที่แสดงบริเวณที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พร้อมบรรยายสถานที่ตั้งโดยสังเขป จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) แบบแปลน หรือแผนผังการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน ๑ ชุด

(๓) กรณียื่นคำขอในนามนิติบุคคลให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริคนธ์สนธิ พร้อมบัญชีผู้ถือหุ้นวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง) จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของอาคาร สถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือหนังสือแสดงความยินยอมของเจ้าของอาคารหรือสถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือหลักฐานการแสดงกรรมสิทธิ์ของอาคารหรือสถานที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอไม่ใช่เจ้าของอาคารหรือสถานที่ตั้ง) จำนวน ๑ ชุด

(๕) บัญชีรายชื่อผู้ให้บริการ จำนวน ๑ ฉบับ

(๖) สำเนาใบอนุญาตของผู้ดำเนินการและใบรับรองของผู้ให้บริการทุกคน คนละ ๑ ฉบับ

(๗) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกอบการ ผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการทุกคน คนละ ๑ ฉบับ

(๘) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ประกอบการ ๑ ฉบับ

(๙) ใบรับรองแพทย์ของผู้ประกอบการ ๑ ฉบับ (ออกให้ไม่เกินหกเดือนนับถึงวันยื่น)

(๑๐) แบบแสดงความจำนงเป็นผู้ดำเนินการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนั้นจำนวน ๑ ฉบับ (กรณีขอใบอนุญาตกิจการสปา)

(๑๑) หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ – สกุล ทะเบียนสมรส เป็นต้น

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

รายการภาพถ่ายประกอบการยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(เขียนชื่อภาพกำกับทุกภาพ กระดาษ 1 หน้า ใส่ภาพไม่เกิน 2 ภาพ

ที่	รายการภาพถ่าย	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
ร้านนวด (ที่ไม่ได้ทำสปา) เตรียมภาพจากข้อ 1-13				
1	อาคารภายนอกและที่มองเห็นป้ายชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ			
2	ทางเข้าและบริเวณต้อนรับ			
3	ห้องน้ำ ห้องส้วม (แยก ชาย-หญิง หรือมีป้ายกำกับ ว่าง/ไม่ว่าง)			
4	อ่างล้างมือ			
5	ห้องผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า ชาย-หญิง/ตู้เก็บเสื้อผ้าหรือทรัพย์สิน ของมีค่า			
6	ห้องบริการทุกห้อง (มีหลายภาพถ้ามีหลายห้อง) ตามรายการบริการ แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์บริการภายใน			
7	อุปกรณ์ปฐมพยาบาล (ชุดยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น และชุดทำแผลเบื้องต้น)			
8	ถังขยะที่มีฝาปิด			
9	ถังดับเพลิง (ห้ามวางบนพื้น ให้แขวนโดยสูงจากพื้นไม่เกิน 1.5 เมตร			
10	ป้ายคำเตือนผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงจากอายุและโรคประจำตัว			
11	เมนูแสดงอัตราค่าให้บริการ			
12	ภาพผู้ให้บริการใส่เครื่องแบบปฏิบัติงานติดป้ายชื่อ			
13	ภาพถ่ายเวลา เปิด-ปิดทำการ (ที่ปรากฏจริงในร้าน)			
ร้านนวดสปา เตรียมภาพจากข้อ 1-19				
14	ห้องอบไอน้ำ อบความร้อน อ่างน้ำวน บ่อน้ำร้อน บ่อน้ำเย็น			
15	ห้องอาบน้ำ ติดป้ายสัญลักษณ์ว่า ชายหรือหญิง			
16	เอกสารซักประวัติเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความเสี่ยง			
17	แบบบันทึกทะเบียนประวัติผู้รับบริการ			
18	อุปกรณ์ทำความสะอาดและการฆ่าเชื้อ			
19	คู่มือขั้นตอนการทำความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์และการฆ่าเชื้อ			

วันที่บันทึกข้อมูล.....

บัญชีรายชื่อผู้ให้บริการ

<u>ส่วนที่ ๑</u> ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถานประกอบการ..... ประเภทสถานประกอบการ ☐ กิจการสปา ☐ กิจการนวดเพื่อสุขภาพ ☐ กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม

เลขที่ตั้ง..... หมู่ที่.....ถนน..... .....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

จำนวนพนักงานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน.....คน

<u>ส่วนที่ ๒</u> ข้อมูลผู้ให้บริการ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ	ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้	วันที่เริ่มทำงาน	ตำแหน่ง	ยื่นขึ้นทะเบียนผู้ให้บริการ ณ จังหวัด..	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเหตุ

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

แผ่นที่ .....