

ขออนุญาตรายใหม่
 ขอต่อย้ายใบอนุญาต



แบบตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการ นวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม

ชื่อสถานประกอบการ.....สถานที่ตั้งเลขที่.....
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 พื้นที่บริการ.....ตารางเมตร
 ชื่อผู้ประกอบการ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ข้อมูลทั่วไปสถานประกอบการ (บรรยายลักษณะสถานประกอบการ).....

การให้บริการในสถานประกอบการ

- นวดเท้า แก้อัสนวดเท้า.....ตัว นวดน้ำมัน เตียนวดน้ำมัน.....เตียน.....ห้อง
 นวดไทย เบาชนวดไทย.....เบา.....ห้อง นวดหน้า เตียนวดหน้า.....เตียน.....ห้อง
 นวดไทย เตียนวดไทย.....เตียน.....ห้อง ชัดผิว/ชัดหน้า พอกผิว/พอกหน้า
 อื่นๆ (ระบุ).....

ผลการตรวจประเมิน

มาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเท็จจริง/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง
ด้านสถานที่		
๑.ชื่อสถานประกอบการ ต้องดำเนินการ ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑.๑ ต้องเป็นอักษรภาษาไทย หากมีชื่อภาษาต่างประเทศ ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทย พร้อมทั้งระบุประเภทกิจการ ตามที่ขออนุญาตไว้ในป้ายเดียวกัน อย่างน้อย ๑ ป้าย <input type="checkbox"/> ๑.๒ ไม่มีลักษณะโอ้อวดเกินความจริง หรือทำให้เข้าใจว่ามีการบำบัดรักษาโรค <input type="checkbox"/> ๑.๓ ไม่สื่อความหมายในทางลามก อนาจาร หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยขนบธรรมเนียมศีลธรรมอันดีงาม <input type="checkbox"/> ๑.๔ ไม่อ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาตหรือพระราชานุญาต <input type="checkbox"/> ๑.๕ ภายในจังหวัดเดียวกัน ชื่อต้องไม่ซ้ำกัน ยกเว้นเป็นผู้ประกอบการเดียวกัน <input type="checkbox"/> ๑.๖ ติดป้ายชื่อไว้ด้านหน้าอาคารหรือตัวอาคารที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน	- ติดตั้งแผ่นป้ายชื่อไว้บริเวณด้านหน้าหรือตัวอาคารสามารถมองเห็นป้ายชื่อสถานประกอบการและเลขที่ตั้งได้ชัดเจนจากภายนอกและเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด - ต้องแสดงเลขที่ตั้งสถานประกอบการด้านหน้าอาคาร ที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนจากภายนอกไว้ด้วย - กรณีเจ้าของเดียวกัน ชื่อซ้ำกัน ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขหรือสถานที่ต่อท้ายชื่อ	
๒.ลักษณะทั่วไปของสถานประกอบการ ต้องดำเนินการ ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๒.๑ ถ้ามีกิจการอื่นอยู่ในอาคารเดียวกันต้องแบ่งเขตพื้นที่ให้ชัดเจน และต้องไม่ใช่สถานบริการที่เป็นสถานอาบน้ำ นวดหรืออบตัว	- อาคารสถานประกอบการมีความมั่นคงและตั้งอยู่ในทำเลที่มีความเหมาะสม สะดวกปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	

มาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเท็จจริง/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง
<input type="checkbox"/> ๒.๒ ถ้ามีบริการหลายประเภท ต้องแบ่งแยกสัดส่วนชัดเจนและเป็นไปตามมาตรฐานของการให้บริการนั้นๆ	<ul style="list-style-type: none"> - ห้องบริการและอุปกรณ์บริการตามรายการบริการแบ่งเป็นสัดส่วนชัดเจน สะอาด และเป็นไปตามมาตรฐานของการบริการแต่ละประเภท เช่น ระยะห่างระหว่างเตียง ขนาดเตียง/เบาะ ความสูงของเตียงนอน น้ำมัน วัสดุหุ้มเบาะ/หมอน เป็นต้น - สถานประกอบการต้องมีทางเดินที่สะดวก และไม่มีสิ่งกีดขวางในบริเวณพื้นที่ให้บริการ 	
<input type="checkbox"/> ๒.๓ สถานประกอบการต้องไม่มีช่องทางที่ผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการไปมาหาสู่กับสถานบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีประตูหรือช่องทางที่ผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการไปมาหาสู่กับสถานบริการ 	
<input type="checkbox"/> ๒.๔ ถ้ามีการใช้น้ำในการให้บริการพื้นผิว ต้องทำด้วยวัสดุกันลื่น	<ul style="list-style-type: none"> - ห้องบริการที่ใช้น้ำ พื้นผิวจะต้องเป็นวัสดุกันลื่นหรือมีวัสดุกันลื่น เช่น ฝ้ายางหรือวัสดุกันลื่นอื่นๆ 	
<input type="checkbox"/> ๒.๕ พื้นที่ให้บริการต้องมีแสงสว่างและการระบายอากาศที่เพียงพอ และไม่มีกลิ่นอับทึบ	<ul style="list-style-type: none"> - ห้องบริการมีแสงสว่างเพียงพอ - กรณีที่มีกลิ่นอับทึบต้องมีพัดลมดูดอากาศหรือหน้าต่างที่สามารถเปิดระบายอากาศได้ 	
<input type="checkbox"/> ๒.๖ บริเวณให้บริการเฉพาะบุคคลต้องไม่มีมิดชิดหรือลึบตาจนเกินไป	<ul style="list-style-type: none"> - ประตูเข้าห้องบริการไม่มีกลอนประตูหรือไม่สามารถปิดล็อกได้ หรือควรมีม่านกัน 	
<input type="checkbox"/> ๒.๗ มีการจัดการขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูล และน้ำเสียที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ๒.๘ มีระบบการควบคุมพาหะนำโรคตามหลักสุขาภิบาล	<ul style="list-style-type: none"> - มีถังขยะที่มีฝาปิดในห้องน้ำ ห้องครัวและห้องเตรียมผลิตภัณฑ์ - มีบริเวณพื้นที่กำจัดขยะและน้ำเสียที่ถูกหลักสุขาภิบาล - พื้นที่บริเวณด้านหลังสถานประกอบการ/ห้องซักล้าง สะอาด เป็นระเบียบ 	
<input type="checkbox"/> ๒.๙ การตกแต่งสถานที่ ต้องไม่ทำให้เสื่อมเสียศีลธรรม หรือขัดต่อวัฒนธรรมและประเพณีอันดี	<ul style="list-style-type: none"> - การตกแต่งสถานที่ภายในและภายนอกอาคาร ไม่สื่อภาพลามกอนาจารหรือสิ่งเคารพในบริเวณที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น 	
<input type="checkbox"/> ๒.๑๐ จัดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่	<ul style="list-style-type: none"> - ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ ตามแบบที่กฎหมายกำหนดไว้บริเวณด้านหน้าสถานประกอบการ 	
๓.สถานประกอบการต้องจัดให้มี <input type="checkbox"/> ห้องส้วม อ่างล้างมือ ห้องผลิตเปลี่ยนเสื้อผ้า และตู้เก็บเสื้อผ้าที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย เพียงพอ และต้องแยกส่วนสำหรับชายและหญิง รวมทั้งอาจจัดให้มีห้องอาบน้ำด้วยก็ได้	<ul style="list-style-type: none"> - มีห้องส้วม และติดป้ายสัญลักษณ์ว่าชายหรือหญิง - มีอ่างล้างมือ และสบู่เหลว ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว/คน - มีห้องหรือบริเวณผลิตเปลี่ยนเสื้อผ้าและตู้/ภาชนะเก็บเสื้อผ้าที่แยกส่วนชายและหญิง 	
ด้านความปลอดภัย		
<input type="checkbox"/> ๑.มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่พร้อมใช้งาน	<ul style="list-style-type: none"> - มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาล แบ่งเป็น <ol style="list-style-type: none"> ๑) ยารับประทาน เช่น ชุดยาสามัญประจำบ้าน ๒) ยาใช้ภายนอก และ ชุดอุปกรณ์ทำแผล 	
<input type="checkbox"/> ๒. มีป้ายหรือข้อความเตือนผู้รับบริการให้ระมัดระวังอันตรายบริเวณที่เสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - มีป้ายข้อความเตือนบริเวณที่มีความเสี่ยง เช่น ระวังศีรษะ, พื้นต่างระดับ, ระวังลื่น 	

มาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเท็จจริง/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง
<input type="checkbox"/> ๓. มีการทำความสะอาดอุปกรณ์ และเครื่องมือทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะหลังการใช้งาน	<ul style="list-style-type: none"> - เปลี่ยนผ้าปูเตียง ปลอกหมอน ต่อผู้รับบริการทุกราย - มีการคัดแยกผ้าซักตามประเภทการใช้งาน และมีการจัดเก็บอย่างเหมาะสม - มีการทำความสะอาดอุปกรณ์ เช่น กรรไกร ตัดเล็บ แก้วน้ำ อ่างล้างเท้า เพียงให้บริการ 	
<input type="checkbox"/> ๔. หากมีบริการที่ใกล้ชิดกับใบหน้าผู้รับบริการ ผู้ให้บริการต้องใส่หน้ากากอนามัย	<ul style="list-style-type: none"> - มีหน้ากากอนามัยที่จัดเตรียมไว้ 	
<input type="checkbox"/> ๕. มีระบบการเก็บและป้องกันการติดเชื้อจากขยะมูลฝอยที่ถูกสุขลักษณะ และมีการควบคุมการติดเชื้อหรือการแพร่กระจายของเชื้อโรค	<ul style="list-style-type: none"> - มีบริเวณกำจัดขยะ และน้ำเสียที่ถูกสุขลักษณะ ถึงขยะมีฝาปิด - วิธีการควบคุมการติดเชื้อ / แพร่กระจายเชื้อโรค เช่น การล้างมือ ๗ ขั้นตอน มีวิธีการแบ่งใช้ผลิตภัณฑ์เฉพาะราย 	
<input type="checkbox"/> ๖. มีระบบสัญญาณเตือนเพลิงไหม้ และติดตั้งเครื่องดับเพลิง ณ บริเวณเข้าออกหลัก อย่างน้อย ๑ เครื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - มีอุปกรณ์เตือนเพลิงไหม้ด้วยเสียง เช่น กริ่ง กระดิ่ง หูดไซเรน ที่ตั้งได้ยินทั่วพื้นที่บริการ - มีถังดับเพลิงติดตั้งมั่นคงแข็งแรง โดยปลายคันจับสูงจากพื้นไม่เกิน ๑.๕ เมตร และเข้าถึงง่ายนำมาใช้ได้โดยสะดวก พร้อมหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมใช้งานถังดับเพลิง - มีป้ายทางหนีไฟพื้นสีเขียว ตัวอักษรสีขาว - ไฟฉุกเฉินที่พร้อมใช้งาน 	
<p>๗. การบริการเกี่ยวกับการอบไอน้ำ อบซาวน่า ตลอดจนอุปกรณ์หรือบริการอื่นใดที่มีการใช้ความร้อนหรือความเย็น ต้องจัดให้มี</p> <input type="checkbox"/> ๗.๑ มีผู้ให้บริการที่มีความรู้ ความเข้าใจ และความชำนาญรับผิดชอบตรวจตรา ดูแลการใช้อุปกรณ์	<ul style="list-style-type: none"> - มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบดูแล อุปกรณ์ - มีเอกสารแสดงการตรวจสอบอุปกรณ์ - มีป้ายแสดงข้อความข้อควรปฏิบัติ ข้อควรระวังของการใช้อุปกรณ์ให้ผู้รับบริการได้พึงปฏิบัติหรือระวัง 	
<input type="checkbox"/> ๗.๒ มีนาฬิกาในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสามารถมองเห็นและอ่านเวลาได้ชัดเจน	<ul style="list-style-type: none"> - มีนาฬิกาในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสามารถมองเห็นและอ่านเวลาได้ชัดเจนในขณะรับบริการ 	
<input type="checkbox"/> ๗.๓ มีระบบฉุกเฉินที่สามารถหยุดการทำงานของอุปกรณ์ได้	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบฉุกเฉินหรือระบบที่สามารถหยุดการทำงานของอุปกรณ์ได้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น คัดเอาท์ 	
<input type="checkbox"/> ๗.๔ มีเครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องควบคุมอุณหภูมิอัตโนมัติหรือเครื่องตั้งเวลา	<ul style="list-style-type: none"> - มีเครื่องวัดอุณหภูมิหรือเทอร์มิสเตอร์สำหรับตรวจสอบอุณหภูมิของอุปกรณ์ให้บริการ - มีเครื่องควบคุมอุณหภูมิอัตโนมัติหรือเครื่องตั้งเวลาที่สามารถปรับและควบคุมอุณหภูมิของอุปกรณ์ได้ 	
<input type="checkbox"/> ๘. รมั้ดระวังมิให้ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงจากอายุหรือภาวะโรคประจำตัวมาใช้บริการ อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - มีป้ายคัดกรองความเสี่ยงหรือเอกสารซักประวัติเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความเสี่ยง 	

กำหนดเวลาการจัดส่งเอกสาร/หลักฐาน ภายในวันที่.....

รายชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่/ เจ้าหน้าที่ วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับการตรวจประเมิน วันที่.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบผลการตรวจประเมินมาตรฐานฯแล้ว และขอรับรองว่าผู้ตรวจประเมินมิได้ทำให้ทรัพย์สินของ
สถานประกอบการเสียหาย สูญเสียหรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับใบอนุญาต

(.....)หรือผู้รับมอบอำนาจ

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)