



(แบบฟอร์ม ๑)

### แบบตรวจสอบเอกสารคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

วันที่รับเรื่อง.....เวลา.....น. (One stop service)

ชื่อสถานประกอบการ.....เขต.....

ประเภทกิจการ  สปา  นวดเพื่อสุขภาพ  นวดเพื่อเสริมความงาม

ลำดับ	เอกสารหลักฐาน	จำนวน (ฉบับ)	ตรวจสอบโดย OSS	ตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่กลุ่มควบคุมฯ
<b>๑. เอกสารหลักฐานผู้ประกอบการ (กรณีนิติบุคคล ต้องเป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลตามที่ระบุในหนังสือบริษัทสนธิ)</b>				
๑.๑	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	๑		
๑.๒	สำเนาทะเบียนบ้าน	๑		
๑.๓	ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)	๑		
๑.๔	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนจัดตั้งบริษัท(หนังสือบริษัทสนธิ) พร้อมสำเนาบัญชีผู้ถือหุ้น วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล (กรณียื่นในนามนิติบุคคล)	๑		
๑.๕	ใบมอบอำนาจ(กรณีผู้ประกอบการหรือนิติบุคคลมอบหมายให้บุคคลอื่นทำแทนตน <input type="radio"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบอำนาจ <input type="radio"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ	๑		
<b>๒. เอกสารหลักฐานสถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b>				
๒.๑	แผนที่แสดงบริเวณที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	๑		
๒.๒	แบบแปลนหรือแผนผังสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นคำขอที่สามารถคำนวณพื้นที่ได้	๑		
๒.๓	เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของอาคาร กรณีผู้ยื่นคำขอไม่ใช่เจ้าของอาคารหรือสถานที่ตั้ง ต้องมีสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้อาคารจากเจ้าของอาคารหรือหนังสือแสดงกรรมสิทธิ์	๑		
<b>๓. เอกสารหลักฐานผู้ให้บริการ</b> จำนวนผู้ให้บริการ.....คน				
๓.๑	บัญชีรายชื่อผู้ให้บริการ	๑ ชุด		
	๑) สำเนาใบรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ	คนละ ๑ ฉบับ		
	๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ให้บริการ	คนละ ๑ ฉบับ		
	๓) หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส เป็นต้น	คนละ ๑ ฉบับ		
<b>๔. เอกสารหลักฐานผู้ดำเนินการสปา (กรณีขอใบอนุญาตประกอบกิจการสปา)</b> จำนวนผู้ดำเนินการ.....คน				
๔.๑	แบบแสดงความจำนงเป็นผู้ดำเนินการกิจการสปา	๑ ชุด		
	๑) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ	คนละ ๑ ฉบับ		
	๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ดำเนินการ	คนละ ๑ ฉบับ		
	๓) หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส เป็นต้น	คนละ ๑ ฉบับ		

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบคำขอ  
(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....



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)

.....



(๔) เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของอาคาร สถานที่ที่ติดตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือหนังสือแสดงความยินยอมของเจ้าของอาคารหรือสถานที่ที่ติดตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือหลักฐานการแสดงกรรมสิทธิ์ของอาคารหรือสถานที่ที่ติดตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (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

(.....)

- ขออนุญาตรายใหม่  
 ขอต้ออายุใบอนุญาต



(แบบฟอร์ม ๒)

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ

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

ประเด็นมาตรฐาน	รูปภาพประกอบและหรือวิดีโอ	ตรวจสอบเอกสาร (สำหรับเจ้าหน้าที่)
<b>ด้านสถานที่</b>		
๑.ชื่อสถานประกอบการ ต้องดำเนินการ ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๑.๑ ต้องเป็นอักษรภาษาไทย <input type="checkbox"/> ๑.๒ ไม่มีลักษณะโอ้อวดเกินความจริง หรือทำให้เข้าใจว่ามี การบำบัดรักษาโรค <input type="checkbox"/> ๑.๓ ไม่สื่อความหมายในทางลามก อนาจาร หรือขัดต่อ ความสงบเรียบร้อย ขนบธรรมเนียม ศีลธรรมอันดีงาม <input type="checkbox"/> ๑.๔ ไม่อ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับ พระบรมราชานุญาตหรือพระราชานุญาต <input type="checkbox"/> ๑.๕ ภายในจังหวัดเดียวกัน ชื่อต้องไม่ซ้ำกัน ยกเว้นเป็น ผู้ประกอบการเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือ ยินยอมจากผู้รับใบอนุญาตรายเดิม จึงสามารถให้ใช้ชื่อซ้ำกัน ได้แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ ต่อท้ายชื่อนั้น <input type="checkbox"/> ๑.๖ แผ่นป้ายชื่อตรงตามประเภทกิจการที่ขออนุญาต <input type="checkbox"/> ๑.๗ หากมีชื่อภาษาต่างประเทศ ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่า อักษรไทย <input type="checkbox"/> ๑.๘ ติดป้ายชื่อไว้ด้านหน้าอาคารที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ภาพอาคารภายนอก (มุมกว้าง) ที่สามารถมองเห็น สถานประกอบการ และบริเวณใกล้เคียง <input type="checkbox"/> ภาพบริเวณด้านหน้า หรือตัวอาคารที่สามารถ มองเห็นป้ายชื่อสถานประกอบการและเลขที่ตั้งได้ ชัดเจน	----- -----
๒.ลักษณะทั่วไปของสถานประกอบการ ต้องดำเนินการ ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๒.๑ ถ้ามีกิจการอื่นอยู่ในอาคารเดียวกันต้องแบ่งเขตพื้นที่ให้ ชัดเจน (และต้องไม่ใช่สถานบริการ) <input type="checkbox"/> ๒.๒ ถ้าสถานประกอบการมีบริการหลายประเภทต้องแบ่ง แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน <input type="checkbox"/> ๒.๓ พื้นที่ภายในสถานประกอบการต้องไม่มีช่องทางที่ผู้ให้ บริการหรือผู้รับบริการไปมาหาสู่กับสถานบริการ <input type="checkbox"/> ๒.๔ ถ้ามีการใช้น้ำในการให้บริการ พื้นผิวต้องทำด้วยวัสดุ กันลื่น <input type="checkbox"/> ๒.๕ พื้นที่ให้บริการต้องมีแสงสว่างและการระบายอากาศที่ เพียงพอ และไม่มีกลิ่นอับ <input type="checkbox"/> ๒.๖ บริเวณให้บริการเฉพาะบุคคลต้องไม่มีติดชิดหรือลับตา จนเกินไป	<input type="checkbox"/> ภาพบริเวณพื้นที่ภายในสถานประกอบการที่มีการ แยกเป็นสัดส่วน พร้อมอุปกรณ์ในห้อง <input type="checkbox"/> ภาพทางเดิน บริเวณพื้นที่ให้บริการ <input type="checkbox"/> ภาพพื้นที่บริการที่ใช้น้ำ เห็นพื้นผิววัสดุกันลื่น เช่น ฝ้ายางหรือวัสดุกันลื่นอื่นๆ <input type="checkbox"/> ภาพภายในห้องบริการที่มองเห็นพัดลมดูดอากาศ หรือภาพประตู/หน้าต่าง <input type="checkbox"/> ภาพประตูเข้าห้องบริการที่ไม่มีกอนประตูหรือ ไม่สามารถปิดล็อกได้ หรือเป็นม่านกัน	----- ----- ----- ----- -----

ประเด็นมาตรฐาน	รูปภาพประกอบและหรือวิดีโอ	ตรวจสอบเอกสาร (สำหรับเจ้าหน้าที่)
<input type="checkbox"/> ๒.๗ มีการจัดการขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูลและน้ำเสียที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ๒.๘ มีระบบการควบคุมพาหะนำโรคตามหลักสุขาภิบาล <input type="checkbox"/> ๒.๙ การตกแต่งสถานที่ ต้องไม่ทำให้เสื่อมเสียศีลธรรม หรือขัดต่อวัฒนธรรมและประเพณีอันดี	<input type="checkbox"/> ภาพถังขยะที่มีฝาปิดในห้องน้ำ ห้องครัวและห้องเตรียมผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> ภาพบริเวณพื้นที่กำจัดขยะและน้ำเสีย <input type="checkbox"/> ภาพการตกแต่งสถานที่ภายในสถานประกอบการ	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<b>๓.สถานประกอบการต้องจัดให้มี</b> <input type="checkbox"/> ห้องส้วม อ่างล้างมือ ห้องผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า ตู้เก็บเสื้อผ้าที่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยเพียงพอ และต้องแยกส่วนสำหรับชายและหญิง	<input type="checkbox"/> ภาพที่สามารถมองเห็นห้องส้วมติดป้ายสัญลักษณ์ว่าชายหรือหญิงที่หน้าห้อง,อ่างล้างมือ พร้อมสบู่หรือน้ำยาสำหรับทำความสะอาดมือ,พื้นที่สำหรับผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้าและตู้เก็บเสื้อผ้าที่แยกส่วนชายและหญิงและห้องอื่นๆ(ถ้ามี)	<p>-----</p>
<b>ด้านความปลอดภัย</b>		
<input type="checkbox"/> ๑.มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่พร้อมใช้งาน	<input type="checkbox"/> ภาพอุปกรณ์ปฐมพยาบาล แยกยารับประทาน เช่น ชุดยาสามัญประจำบ้าน และยาใช้ภายนอก เช่น ชุดอุปกรณ์ทำแผล	<p>-----</p>
<input type="checkbox"/> ๒.มีป้ายหรือข้อความเตือนผู้รับบริการให้ระมัดระวังอันตราย บริเวณที่เสี่ยง	<input type="checkbox"/> ภาพป้ายข้อความเตือนบริเวณที่มีความเสี่ยง เช่น ระวังศีรษะ,พื้นต่างระดับ,ระวังลิ้น เป็นต้น	<p>-----</p>
<input type="checkbox"/> ๓.หากมีบริการที่ใกล้ชิดกับใบหน้าผู้รับบริการ ผู้ให้บริการต้องใส่หน้ากากอนามัย	<input type="checkbox"/> ภาพที่แสดงว่าพนักงานใส่หน้ากากอนามัยขณะให้บริการ	<p>-----</p>
<input type="checkbox"/> ๔.มีระบบการเก็บและป้องกันการติดเชื้อจากขยะมูลฝอยที่ถูกสุขลักษณะ	<input type="checkbox"/> ภาพบริเวณกำจัดขยะ ถังขยะและน้ำเสีย	<p>-----</p>
<input type="checkbox"/> ๕.มีระบบสัญญาณเตือนเพลิงไหม้ และติดตั้งเครื่องดับเพลิง ณ บริเวณเข้าออกหลัก อย่างน้อย ๑ เครื่อง	<input type="checkbox"/> ภาพแสดงอุปกรณ์เตือนเพลิงไหม้ด้วยเสียง เช่น กริ่ง กระดิ่ง หูด ไซเรน ที่ติดตั้งในทั่วพื้นที่บริการ <input type="checkbox"/> ภาพถังดับเพลิงติดตั้งมั่นคงแข็งแรงสูงจากพื้นไม่เกิน ๑.๕ เมตร และเข้าถึงง่ายนำมาใช้ได้โดยสะดวก พร้อมหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมใช้งานถังดับเพลิง (ถ่ายให้เห็นพื้นที่ที่ติดตั้งถังดับเพลิง)	<p>-----</p> <p>-----</p>
<b>๖. การบริการเกี่ยวกับการอบไอน้ำ อบซาวน่า อ่างน้ำวน บ่อน้ำร้อนหรือน้ำเย็น ตลอดจนอุปกรณ์หรือบริการอื่นใดที่มีการใช้ความร้อนหรือความเย็น ต้องจัดให้มี</b> <input type="checkbox"/> ๖.๑ มีผู้ให้บริการที่มีความรู้ ความเข้าใจและความชำนาญ รับผิดชอบตรวจตรา ดูแล การใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ๖.๒ มีนาฬิกาในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสามารถมองเห็น และอ่านเวลาได้ชัดเจนในขณะที่รับบริการ <input type="checkbox"/> ๖.๓ มีระบบฉุกเฉินที่สามารถหยุดการทำงานของอุปกรณ์ได้ <input type="checkbox"/> ๖.๔ มีเครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องควบคุมอุณหภูมิอัตโนมัติ หรือเครื่องตั้งเวลา	<input type="checkbox"/> เอกสารการมอบหมายผู้รับผิดชอบ ดูแล อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> เอกสารแสดงการตรวจสอบอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ภาพป้ายแสดงข้อความข้อควรปฏิบัติ ข้อควรระวังของการใช้อุปกรณ์ให้ผู้รับบริการได้พึงปฏิบัติหรือระวัง <input type="checkbox"/> ภาพที่สามารถเห็นนาฬิกา,อุปกรณ์ที่หยุดการทำงานเวลาที่เกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น คัทเอาท์ <input type="checkbox"/> ภาพที่สามารถมองเห็นเครื่องวัดอุณหภูมิและเครื่องควบคุมอุณหภูมิอัตโนมัติหรือเครื่องตั้งเวลาที่ปรับและควบคุมอุณหภูมิของอุปกรณ์ได้	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<input type="checkbox"/> ๗. ต้องระมัดระวังผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงจากอายุ และโรคประจำตัว	<input type="checkbox"/> ภาพคำเตือนผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงจากอายุและโรคประจำตัว	<p>-----</p>

ประเด็นมาตรฐาน	รูปภาพประกอบและหรือวิดีโอที่ค้น	ตรวจสอบเอกสาร (สำหรับเจ้าหน้าที่)
<b>มาตรฐานด้านการให้บริการ</b>		
<input type="checkbox"/> ๑. การบริการต้องไม่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ และการสาธารณสุข กฎหมายว่าด้วยสถานบริการหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/> ภาพแสดงเมนูการบริการที่ใช้ในปัจจุบัน ห้ามมีบริการบำบัดรักษา สักผิวหนังหรือบริการอื่นใดที่ใช้เครื่องมือแพทย์ เช่น ดูดสิ่ว หรือดูดสลายไขมัน <input type="checkbox"/> ภาพผลิตภัณฑ์แต่ละชนิดที่มีเลขที่จดแจ้งและวันหมดอายุ	<p>-----</p> <p>-----</p>
<input type="checkbox"/> ๒. ต้องแสดงรายการการให้บริการและอัตราค่าบริการไว้ในที่เปิดเผยและมองเห็นได้ง่ายหรือตรวจสอบได้ และต้องไม่จัดให้มีบริการอื่นใดที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	<input type="checkbox"/> ภาพที่มองเห็นรายการให้บริการและอัตราค่าบริการติดในที่เปิดเผย และแนบเอกสารอัตราค่าบริการ (แนบท้ายประกอบการพิจารณา)	<p>-----</p>
<input type="checkbox"/> ๓. มีเครื่องแบบสำหรับผู้ให้บริการที่สะอาด สุภาพ รัดกุม และมีป้ายชื่อผู้ให้บริการติดบริเวณหน้าอก	<input type="checkbox"/> ภาพผู้ให้บริการสวมชุด สะอาด รัดกุมที่มีป้ายชื่อ	<p>-----</p>
<input type="checkbox"/> ๔. กำหนดเวลาเปิดและปิดของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด	<input type="checkbox"/> ภาพระบุเวลาเปิดและปิดของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่สามารถเห็นได้ชัดเจน	<p>-----</p>
๕. ในกิจการสปา จะต้องจัดให้มี ดังนี้ <input type="checkbox"/> ๕.๑ มีผู้ดำเนินการสปา จำนวน.....คน ชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่..... ชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่..... <input type="checkbox"/> ๕.๒ มีห้องอาบน้ำ แยกส่วน ชาย หญิง <input type="checkbox"/> ๕.๓ มีระบบคัดกรองผู้รับบริการที่อาจมีความเสี่ยงต่อการใช้บริการ	<input type="checkbox"/> ภาพผู้ดำเนินการขณะปฏิบัติงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ <input type="checkbox"/> ภาพห้องอาบน้ำ ติดป้ายสัญลักษณ์ชายหรือหญิง <input type="checkbox"/> ภาพเอกสารการซักประวัติเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความเสี่ยง	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<input type="checkbox"/> ๕.๔ มีการดูแลและควบคุมคุณภาพน้ำที่ใช้สำหรับให้บริการให้มีคุณสมบัติทางเคมีที่ปลอดภัยและไม่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ <input type="checkbox"/> ๕.๕ ทะเบียนประวัติผู้รับบริการ <input type="checkbox"/> ๕.๖ มีการทำความสะอาดอุปกรณ์และเครื่องมือทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ	<input type="checkbox"/> เอกสารหลักฐานการควบคุมดูแลและตรวจสอบคุณภาพน้ำ <input type="checkbox"/> แบบบันทึกทะเบียนประวัติผู้รับบริการ <input type="checkbox"/> ภาพเครื่องมือและอุปกรณ์การทำความสะอาดและการฆ่าเชื้อ <input type="checkbox"/> คู่มือขั้นตอนการทำความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์และการฆ่าเชื้อ เช่น การแช่ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การล้าง การนึ่ง เป็นต้น	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

ข้าพเจ้า.....ผู้ขอรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบการกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ/ผู้รับมอบอำนาจแทนนิติบุคคล ขอรับรองว่า ได้จัดสถานประกอบการให้เป็นไปตามมาตรฐานพร้อมแนบเอกสาร หลักฐาน และภาพหรือวิดีโอประกอบการขอรับใบอนุญาตประกอบการกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และขอรับรองว่าเป็นเอกสาร หลักฐานและภาพถ่ายหรือวิดีโอดังกล่าวนี้ได้ถ่ายจากสถานที่จริงทั้งหมด

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

**หมายเหตุ** ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจดีว่าการกรอกข้อความ การตอบคำถามหรือการให้ข้อมูลอันเป็นเท็จต่อเจ้าหน้าที่ ถือเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ “ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหายต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน หกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ”



วันที่บันทึกข้อมูล.....

## บัญชีรายชื่อผู้ให้บริการ

### ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถานประกอบการ..... ประเภทสถานประกอบการ  กิจการสปา  กิจการนวดเพื่อสุขภาพ  กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม  
เลขที่ตั้ง..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
จำนวนพนักงานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน.....คน

### ส่วนที่ ๒ ข้อมูลผู้ให้บริการ

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



หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

๑) ข้าพเจ้า ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) .....สกุล..... อายุ ..... ปี  
บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่.....  
ออกให้โดย.....เมื่อวันที่ .....หมดอายุวันที่.....  
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร.....  
หมู่ที่.....ซอย.....ถนน .....ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต .....จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ .....  
โทรสาร(fax).....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e mail).....

๒) ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภท.....  
เลขที่ใบอนุญาต .....ออกให้วันที่ .....จังหวัด .....

๓) ปัจจุบันข้าพเจ้า

ไม่ได้ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่แห่งใด

ได้ปฏิบัติงานประจำ (ระบุสถานที่ วันเวลาที่ปฏิบัติงาน และตำแหน่ง).....

ได้ปฏิบัติงานเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ระบุสถานที่ และวันเวลาที่ปฏิบัติงาน).....

อื่นๆ .....

๔) มีความประสงค์เป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ชื่อสถานประกอบการ.....

ที่ตั้งเลขที่ .....อาคาร.....ถนน .....ตำบล / แขวง

.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

โดยปฏิบัติงานตามวัน เวลา ดังต่อไปนี้ .....

ข้าพเจ้ารับทราบ เข้าใจและยินดีจะปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  
ตามที่พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด

ลายมือชื่อ.....ผู้แสดงความจำนง

( )

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....