



(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...../...../.....



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 พร้อมบรรยายสถานที่ตั้ง โดยสังเขป จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) แบบแปลน หรือแผนผังการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน ๑ ชุด

(๓) กรณียื่นคำขอในนามนิติบุคคลให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัทสนธิ พร้อมบัญชีผู้ถือหุ้นวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง) จำนวน ๑ ฉบับ

(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) แบบแสดงความจำเป็นเป็นผู้ดำเนินการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนั้นจำนวน ๑ ฉบับ

(กรณีขอใบอนุญาตกิจการสปา)

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

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

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

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลผู้ให้บริการ(ต่อ)

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

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



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 คัตเอาต์ <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>
<b>๕. ในกิจการสปา จะต้องจัดให้มี ดังนี้</b> <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.....ผู้ขอรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ/ผู้รับมอบอำนาจแทนนิติบุคคล ขอรับรองว่า ได้จัดสถานประกอบการให้เป็นไปตามมาตรฐานพร้อมแนบเอกสาร หลักฐาน และภาพหรือวิดีโอประกอบการขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และขอรับรองว่าเป็นเอกสาร หลักฐานและภาพถ่ายหรือวิดีโอดังกล่าวนี้ได้ถ่ายจากสถานที่จริงทั้งหมด

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

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