



เลขที่รับ.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง

แบบคำร้องขอใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย (ยื่นใหม่)

เขียนที่

.....

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ประเภทการยื่น ยื่นใหม่

กรณีหากเคยได้ใบรับรองมาก่อน (โปรตรระบุ) ใบรับรองเลขที่..... หมดอายุเมื่อ

2. ข้าพเจ้า

2.1 เป็นบุคคลธรรมดา ชื่อ

.....

บัตรประจำตัวประชาชนหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ อายุ ปี

ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

2.2 เป็นนิติบุคคล ชื่อ.....

ประเภท จดทะเบียนเมื่อ

เลขทะเบียน

มีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

โดย

เป็นผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขออนุญาตบัตรประจำตัวประชาชนหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ..... อายุ ปี

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

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

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

3. ข้าพเจ้าขอยื่นคำร้องต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ / ต่างจังหวัดยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอ
ใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการ ดังนี้

สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> สปาบริการเฉพาะ (Destination Spa) | <input type="radio"/> สปาในโรงแรม และรีสอร์ท (Hotel & Resort Spa) |
| <input type="radio"/> สปาสถานพยาบาล (Medical Spa) | <input type="radio"/> สปาทั่วไป (Day Spa) |
| <input type="radio"/> สปาสำหรับสมาชิก (Club Spa) | <input type="radio"/> สปาในแหล่งน้ำแร่ หรือน้ำพุร้อน (Mineral Spa) |

โดยมีเมนูให้บริการ คือ

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> นวดและบำรุงผิวหน้า | <input type="radio"/> นวดและบำรุงผิวกาย | <input type="radio"/> นวดตัว |
| <input type="radio"/> บำรุงมือและเท้า | <input type="radio"/> วารีบำบัด | <input type="radio"/> สมာธิ |
| <input type="radio"/> อาหารเพื่อสุขภาพ | <input type="radio"/> การล้างพิษ | <input type="radio"/> การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ |
| <input type="radio"/> ลดน้ำหนักและกระชับสัดส่วน | <input type="radio"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... | |

สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ

โดยมีเมนูให้บริการ คือ

- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> นวดตัว | <input type="radio"/> นวดฝ่าเท้า | <input type="radio"/> นวดน้ำมัน |
| <input type="radio"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... | | |

สถานประกอบการนวดเพื่อเสริมสวย

โดยมีเมนูให้บริการ คือ

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> นวดหน้า | <input type="radio"/> นวดตัว | <input type="radio"/> นวดน้ำมัน |
| <input type="radio"/> ชัดผิว | <input type="radio"/> กระชับสัดส่วน/ลดไขมัน | <input type="radio"/> นวดจัดสารพิษ |
| <input type="radio"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... | | |

โดยใช้ชื่อสถานประกอบการเป็นภาษาไทยว่า

.....

ภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี) ว่า

.....

ที่ตั้งของสถานประกอบการที่ยื่นขอรับรองมาตรฐานตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

วัน/เวลาที่เปิดให้บริการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ)

.....

4. บรรยายที่ตั้งของสถานประกอบการโดยภาพรวม (ตั้งอยู่ในย่านไหน) บริเวณข้างเคียงประกอบกิจการอะไร / ตั้งอยู่ติดกับ
ธุรกิจอะไร ติดด้านซ้าย / ด้านขวา)

.....

5. กรณียื่นขอรับรองเป็นสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ มีผู้ดำเนินการชื่อ..... สกุล.....

สัญชาติ อายุ ปี บัตรประจำตัวประชาชนหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว

เลขที่ ออกให้ ณ.....อำเภอ/เขต จังหวัด

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

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

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ผ่านการประเมินความรู้ความสามารถจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามใบรับรอง เลขที่.....
ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

6. มีผู้ให้บริการซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ตามที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำนวน..... คน
ดังมีรายชื่อตามบัญชีแนบท้าย

7. ข้าพเจ้าได้จัดสถานประกอบการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข คือ มาตรฐานสถานที่
ผู้ดำเนินการ ผู้ให้บริการ การบริการ และมาตรฐานด้านความปลอดภัยครบถ้วนทุกประการแล้ว

8. พร้อมคำร้องขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณามาแล้ว ดังนี้

- (1) แบบแปลนหรือ แผนผังการให้บริการในสถานประกอบการ จำนวน 1 ชุด
- (2) แผนที่แสดงบริเวณที่ตั้งสถานประกอบการ จำนวน 2 ฉบับ
- (3) กรณียื่นในนามนิติบุคคลให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัทสนธิพร้อมบัญชีผู้ถือหุ้น
วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล ผู้ร้องขอ จำนวน 1 ฉบับ
- (4) หนังสือแสดงความยินยอมของเจ้าของอาคารหรือสถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการ ในกรณีที่ผู้ร้องขอ
ใบรับรองมาตรฐานไม่ใช่เจ้าของอาคารหรือสถานที่ตั้งสถานประกอบการ
- (5) สำเนาใบรับรองความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการและใบวุฒิด้านการวัดของผู้ให้บริการทุกคน
คนละ 1 ฉบับ
- (6) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการทุกคน คนละ 1 ฉบับ
- (7) สำเนาภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวของผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการ
ทุกคน คนละ 1 ฉบับ
- (8) แบบแสดงความจำเป็นเป็นผู้ดำเนินการสปา ณ สถานประกอบการนั้น จำนวน 1 ฉบับ (กรณีขอใบรับรอง
มาตรฐานประเภทสปาเพื่อสุขภาพ)
- (9) ใบรับรองแพทย์ของผู้ประกอบการ/ผู้ดำเนินการ/ผู้ให้บริการทุกคน คนละ 1 ฉบับ
- (10) หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล ทะเบียนสมรส เป็นต้น
- (11) ใบอนุญาตการใช้อาคารซึ่งออกโดยโยธาธิการเขต/จังหวัด (ถ้ามี)
- (12) ภาพถ่ายสถานประกอบการ (รายละเอียดตามแบบที่กำหนด)
- (13) สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535
ในกรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดเป็นข้อบัญญัติ



ลงชื่อ.....ผู้ขอใบรับรองมาตรฐาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง
(.....)

วัน/เดือน/ปีที่ยื่นคำร้อง...../...../.....

รายการภาพถ่ายประกอบการยื่นแบบคำร้องขอใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการ
เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย

กำหนดรายการละ 1-2 ภาพ ดังต่อไปนี้

1. อาคารภายนอกและที่มองเห็นป้ายชื่อสถานประกอบการ
2. ทางเข้าและบริเวณต้อนรับ
3. ห้องผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า ชาย-หญิง/ตู้เก็บเสื้อผ้าหรือทรัพย์สิน ของมีค่า
4. ห้องบริการทุกห้องตามรายการบริการ (แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์บริการภายใน)
5. ห้องน้ำ-ห้องส้วม แยกส่วนชาย-หญิง
6. อ่างล้างมือ
7. ห้องหรือบริเวณเตรียมผลิตภัณฑ์สำหรับให้บริการ
8. ห้องอบไอน้ำ อบความร้อน อ่างนํ้าวน บ่อน้ำร้อน บ่อน้ำเย็น
9. ห้องเก็บวัสดุอุปกรณ์
10. บริเวณซักล้าง
11. บริเวณกำจัดขยะและน้ำเสีย
12. ห้องพักพนักงาน
13. อุปกรณ์ปฐมพยาบาล / ถังดับเพลิง
14. พนักงานผู้ให้บริการใส่เครื่องแบบปฏิบัติงานติดป้ายชื่อ