

วันที่รับคำขอ...../...../.....
ลงชื่อ.....ผู้รับ

แบบตรวจเอกสารการขออนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ชื่อร้าน.....ที่ตั้ง.....
ชื่อผู้ขออนุญาตประกอบการ(เจ้าของ).....ชื่อผู้ดำเนินการ(สป.).....(ถ้ามี)

รายการเอกสารอย่างละ 1 ฉบับ และรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ

- ☐ 1. แบบคำขอ สฟส.1 (ตั้งชื่อตรงตามประเภท ☐ สป. / ☐ นวดเพื่อสุขภาพ / ☐ นวดเพื่อเสริมความงาม)
- ☐ 2. แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานประกอบการพร้อมบรรยายสถานที่ตั้งโดยสังเขป
- ☐ 3. แบบแปลน/แผนผังการให้บริการในสถานประกอบการ ระบุขนาดพื้นที่ให้บริการ.....ตร.ม.
- ☐ 4. สำเนาทะเบียนบ้านหน้าแรกแสดงที่ตั้งร้าน/สถานประกอบการ
- ☐ 5. สำเนาเอกสารกรรมสิทธิ์ในสถานประกอบการ ได้แก่ ☐ สัญญาเช่า/หนังสือยินยอม/โฉนดที่ดิน ☐ สำเนาพ.ช. ☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ให้เช่า/ผู้ยินยอม
- ☐ 6.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ ☐ 6.2 สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขออนุญาตประกอบการ(เจ้าของร้าน)
- ☐ 6.3 ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาตประกอบการ (เจ้าของร้าน)
- ☐ 7. บัญชีรายชื่อผู้ให้บริการ
- ☐ 8. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ให้บริการ + ☐ 9. สำเนาใบรับรองการขึ้นทะเบียนของผู้ให้บริการ **ทุกคน จำนวน.....คน**
- ☐ 10. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ดำเนินการ **ทุกคน (ถ้ามี)** + ☐ 11. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสป. + ☐ 12. หนังสือแสดงความจำเป็นผู้ดำเนินการ **สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ**
- ☐ 13. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อตัว-ชื่อสกุล, สำเนาทะเบียนสมรส เป็นต้น
- ☐ 14. รูปถ่ายร้าน ได้แก่ 14.1 อาคารภายนอกและที่มองเห็นป้ายชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 14.2 ทางเข้าและบริเวณต้อนรับ 14.3 ห้องผลิตเปลี่ยนเสื้อผ้า แยกส่วนชาย-หญิง 14.4 ตู้เก็บเสื้อผ้าหรือทรัพย์สิน ของมีค่า 14.5 ห้องบริการทุกห้องตามรายการบริการ (มีหลายภาพ ถ้ามีหลายห้อง) แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์บริการภายใน 14.6 ห้องน้ำ-ห้องส้วม แยกส่วนชาย-หญิง 14.7 อ่างล้างมือ 14.8 ห้องหรือบริเวณเตรียมผลิตภัณฑ์สำหรับให้บริการ 14.9 ห้องอบไอน้ำ อบความร้อน อ่างนํ้าวน บ่อน้ำร้อน บ่อน้ำเย็น (กรณีกิจการสป.) 14.10 ห้องเก็บวัสดุอุปกรณ์ 14.11 บริเวณซักล้าง 14.12 บริเวณกำจัดขยะและน้ำเสีย 14.13 ห้องพักผู้ให้บริการ (ห้องพักพนักงานนวด) 14.14 อุปกรณ์ปฐมพยาบาล (ชุดยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น และชุดทำแผลเบื้องต้น) 14.15 ถังดับเพลิง(ให้แขวนโดยสูงจากพื้น 1.5 เมตร) 14.16 ภาพผู้ให้บริการใส่เครื่องแบบปฏิบัติงานติดป้ายชื่อ 14.17 ภาพถ่ายเวลา เปิด ปิดทำการ (ที่ปรากฏจริงในร้าน)
- ☐ 15. กรณียื่นคำขอในนามนิติบุคคลให้แนบ ☐ 15.1 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัทนิติบุคคล ☐ 15.2 บัญชีผู้ถือหุ้นวัตถุประสงค์ ☐ 15.3 ผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
- ☐ 16. กรณีมอบหมายให้บุคคลอื่นทำแทนตน จะต้องมียกหนังสือมอบอำนาจจดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบ
- ☐ 17. บันทึกการตรวจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถ้าผู้ขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการหรือผู้ให้บริการเป็นบุคคลเดียวกัน เอกสารข้อ 6.1 ข้อ 8 หรือ ข้อ 10 ใช้เพียง 1 ชุด

สำนักงานสาธารณสุขสุโขทัย รับคำขอ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. รายการเอกสาร	☐ ครบถ้วนถูกต้อง	☐ ไม่ครบ ได้แก่.....
2. ชื่อสถานประกอบการ	☐ เหมาะสม	☐ ให้แก้ไข เพราะ.....
3. ผู้ดำเนินการ (สป.)	☐ เหมาะสม	☐ ไม่เหมาะสม เพราะ.....
4. ผู้ให้บริการ	☐ เหมาะสม	☐ ไม่เหมาะสม เพราะ.....
5. รูปถ่าย+แปลนร้าน	☐ เหมาะสม	☐ ไม่เหมาะสม เพราะ.....

สรุปความเห็น.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รับคำขอ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. รายการเอกสาร	☐ ครบถ้วนถูกต้อง	☐ ไม่ครบ ได้แก่.....
2. ชื่อสถานประกอบการ	☐ เหมาะสม	☐ ให้แก้ไข เพราะ.....
3. ผู้ดำเนินการ (สป.)	☐ เหมาะสม	☐ ไม่เหมาะสม เพราะ.....
4. ผู้ให้บริการ	☐ เหมาะสม	☐ ไม่เหมาะสม เพราะ.....
5. รูปถ่าย+แปลนร้าน	☐ เหมาะสม	☐ ไม่เหมาะสม เพราะ.....

สรุปความเห็น.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
(.....)