

- 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>		
<b>๑.ชื่อสถานประกอบการ ต้องดำเนินการ ดังนี้</b> <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	<p>-----</p> <p>-----</p>
<b>๒.ลักษณะทั่วไปของสถานประกอบการ ต้องดำเนินการ ดังนี้</b> <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 บริเวณให้บริการเฉพาะบุคคลต้องไม่มีมิดชิดหรือลับตา 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	<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>
<p>๓.สถานประกอบการต้องจัดให้มี</p> <input type="checkbox"/> ห้องส้วม อ่างล้างมือ ห้องผลิตเปลี่ยนเสื้อผ้า ตู้เก็บเสื้อผ้าที่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยเพียงพอ และต้องแยกส่วนสำหรับชายและหญิง	<input type="checkbox"/> ภาพที่สามารถมองเห็นห้องส้วมติดป้ายสัญลักษณ์ว่าชายหรือหญิงที่หน้าห้อง,อ่างล้างมือ พร้อมสบู่หรือน้ำยาสำหรับทำความสะอาดมือ,พื้นที่สำหรับผลิตเปลี่ยนเสื้อผ้าและตู้เก็บเสื้อผ้าที่แยกส่วนชายและหญิงและห้องอื่นๆ(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,ระวังลื่น 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 โซเรน ที่ติดตั้งในทั่วพื้นที่บริการ <input type="checkbox"/> ภาพถังดับเพลิงติดตั้งมั่นคงแข็งแรงสูงจากพื้นไม่เกิน ๑.๕ เมตร และเข้าถึงง่ายนำมาใช้ได้ โดยสะดวก พร้อมหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมใช้งานถังดับเพลิง (ถ่ายให้เห็นพื้นที่ที่ติดตั้งถังดับเพลิง)	<p>-----</p> <p>-----</p>
<p>๖. การบริการเกี่ยวกับการอบไอน้ำ อบซาวน่า อ่างน้ำวน บ่อน้ำร้อนหรือน้ำเย็น ตลอดจนอุปกรณ์หรือบริการอื่นใดที่มีการใช้ความร้อนหรือความเย็น ต้องจัดให้มี</p> <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 คัดเอาท์ <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.....