

สพส. 5

ประเภท  กิจการสปา

 กิจการนวดเพื่อสุขภาพ

 กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม

 กิจการอื่นตามที่กำหนดใน

กฎกระทรวง ………………………

เลขที่รับ……………………………….

วันที่…………………………………

ลงชื่อ………………………ผู้รับคำขอ

คำขอรับโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

**กรณีผู้รับอนุญาตถึงแก่ความตาย**

เขียนที่ ………………………………………………..

……………………………..………………..

วันที่ …….. เดือน ….……………. พ.ศ. ….…..

๑. ข้าพเจ้า (ผู้จัดการมรดก / ทายาทของผู้รับอนุญาต)

๑.๑ ชื่อ ………………………………………………………………………………………………………………..

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

สัญชาติ ………………………..……..… อายุ …………………… ปี

๑.๒ นิติบุคคล………..……………….…………………………….……………………………………………….

โดย (๑) ……………………………………………………………………………………………..………………..………………….…………..

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

(๒) …………………..…………………………………………………………………………………….……………………………………….….

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

และ (3) ………………………………………………………………………………………………….……………………………………….….

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

เป็นผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต เป็นนิติบุคคลประเภท ………………………..…………….……….

จดทะเบียนเมื่อ…………………………….………...……..…..เลขทะเบียน …….……………………………………….……………….

2. มีความประสงค์ขอประกอบกิจการของ......................................................................................

ผู้รับอนุญาตซึ่งถึงแก่ความตาย ตามใบอนุญาตเลขที่ ....................................... เป็นสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพประเภท

กิจการสปา กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม

กิจการนวดเพื่อสุขภาพ กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

โดยใช้ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นภาษาไทย ว่า…………………………………………………………………………

ภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี) ว่า……………………………………………………………………….………………………………………….

สถานที่ตั้งอยู่เลขที่ ……………..….…….. หมู่ที่ ……………………………… ซอย/ตรอก …………….....………………….......

ถนน ……..............................……………ตำบล/แขวง ….………….……….อำเภอ/เขต …………..……..………….………....

จังหวัด ………………………………….รหัสไปรษณีย์….……………………………………………………………………….……….…..

โทรศัพท์ ….………………………..…..…………โทรสาร……………………………………………………………..…..………………...

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์………………………………………………….………………………….………………………………………….

ช่องทางการติดต่อทางอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ............................................................................................................

วัน/เวลาที่เปิดให้บริการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) ……………………………………………………………..

3. พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน ............... ฉบับ คือ

ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ (ออกให้ไม่เกินหกเดือนนับถึงวันยื่น)

สำเนาใบมรณะบัตรของผู้รับอนุญาต

เอกสารที่เป็นหลักฐานการเป็นผู้จัดการมรดกของผู้รับอนุญาต

เอกสารที่เป็นหลักฐานการเป็นทายาทของผู้รับอนุญาต

สำเนาหนังสือรับรองหรือหลักฐานการเป็นนิติบุคคล ซึ่งแสดงรายการเกี่ยวกับชื่อ วัตถุประสงค์ ที่ตั้งสำนักงาน และผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคลที่เป็นปัจจุบัน

เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของอาคาร สถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือหนังสือแสดงความยินยอมของเจ้าของอาคารหรือสถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ หรือหลักฐานการแสดงกรรมสิทธิ์ของอาคารหรือสถานที่ตั้ง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอไม่ใช่เจ้าของอาคารหรือสถานที่ตั้ง จำนวน 1 ฉบับ

เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) .................................................

4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

ลงชื่อ………….………………………………………….ผู้ยื่นคำขอ

(……….…………….………….……………………)