**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ งานธุรกิจสุขภาพ** 053 211048 ถึง 50 ต่อ 302

**รายการเอกสารหลักฐานการขออนุญาตประกอบกิจการฯ**

ชื่อสถานประกอบการ........................................................................ ที่อยู่...............................................................

ชื่อผู้ประกอบการ.....................................เบอร์โทร................ชื่อผู้รับมอบอำนาจ..........................เบอร์โทร...............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | เอกสาร | | มี |
| 1 | คำร้อง ระบุประเภทกิจการต่อท้ายชื่อ (สปา / นวดเพื่อสุขภาพ / นวดเพื่อเสริมความงาม) | |  |
| 2 | แบบแปลน / แผนผังภายในทุกชั้น มีขนาดของพื้นที่ให้บริการที่เป็นจริงกำกับไว้ด้วย ตามแบบฟอร์มแผนผังร้าน | |  |
| 3 | แผนที่แสดงบริเวณที่ตั้งสถานประกอบการฯพร้อมบรรยายสถานที่ตั้งโดยสังเขป | |  |
| 4 | สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริคนธ์สนธิพร้อมบัญชีผู้ถือหุ้นวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล **(กรณียื่นคำขอในนามนิติบุคคล)** | |  |
| 5 | เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของอาคาร สถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือหนังสือแสดงความยินยอมของเจ้าของอาคารหรือสถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือหลักฐานการแสดงกรรมสิทธิ์ของอาคารหรือสถานที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอไม่ใช่เจ้าของอาคารหรือสถานที่ตั้ง) | |  |
| 6 | ผู้ประกอบการ  6.1สำเนาบัตรประชาชน 6.2สำเนาทะเบียนบ้าน 6.3ใบรับรองแพทย์ (ออกให้ไม่เกิน 6 เดือนนับถึงวันยื่น) | |  |
| 7 | 7.1 บัญชีรายชื่อผู้ให้บริการหรือทะเบียนประวัติผู้ให้บริการ............... คน  7.2สำเนาใบวุฒิการอบรม / สำเนาแบบใบรับคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ /สำเนาใบรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  7.3 สำเนาบัตรประชาชน 7.4 สำเนาทะเบียนบ้าน 7.5 ใบรับรองแพทย์อายุไม่เกิน6เดือนนับถึงวันยื่น | |  |
| 8 | 8.1 ผู้ดำเนินการสปา 1 สำเนาบัตรประชาชน 2 แบบแสดงความจำนงเป็นผู้ดำเนินการฯ  3.สำเนาใบอนุญาตฯหรือสำเนาแบบใบรับคำขออนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ | |  |
| 8.2 เอกสารสำหรับยื่นขอเป็นผู้ดำเนินการสปา | |
| 1 สำเนาวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ดำเนินการ  ที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  2 รูปถ่าย ขนาด 5x6 เซนติเมตร จำนวน 2 รูป ถ่ายไว้  ไม่เกินหกเดือน  3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | 4 สำเนาทะเบียนบ้าน  5 ใบรับรองแพทย์ (ออกให้ไม่เกิน 6 เดือนนับถึงวันยื่น)  6 หลักฐานการเป็นผู้สอบผ่านการประเมินความรู้  ความสามารถผู้ดำเนินการสถานประกอบการเพื่อ  สุขภาพ จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 9  **หมายเหตุ** เอกสารและภาพทุกฉบับที่ยื่นพร้อมคำร้องฯให้ผู้ยื่นคำขอหรือผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ และวันที่กำกับไว้ทุกฉบับ  เอกสารทุกฉบับที่เป็นสำเนา ให้รับรองสำเนาและลงนามกำกับไว้ด้วยทุกฉบับ | ภาพถ่าย  9.1 ป้ายชื่อร้าน **ต้องเป็นอักษรไทย ถ้ามีภาษาต่างประเทศต้องตัวเล็กกว่าอักษรไทย และมีระบุประเภทกิจการ (สปา / นวดเพื่อสุขภาพ / นวดเพื่อเสริมความงาม) ไว้ในแผ่นป้ายด้วย + ภาพอาคารภายนอก**  9.2 ทางเข้า / จุดต้อนรับ 9.3 ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าแยกส่วนชายหญิง /ที่เก็บทรัพย์สิน 9.4 ห้องบริการ (ทุกห้อง)  9.5 ห้องส้วมแยกส่วนชายหญิง , ห้องอาบน้ำแยกส่วนชายหญิง(กรณีสปา) 9.6 อ่างล้างมือ 9.7 บริเวณที่เตรียมผลิตภัณฑ์  9.8 ห้องอบไอน้ำ/อ่างน้ำวน ฯลฯ (ถ้ามี) 9.9 ที่เก็บวัสดุอุปกรณ์ 9.9 บริเวณทำความสะอาดอุปกรณ์(ซักล้าง)  9.11 บริเวณกำจัดขยะ / น้ำเสีย 9.9 ที่สำหรับพนักงานพักผ่อน 9.13 อุปกรณ์ปฐมพยาบาล /ถังดับเพลิง  9.14 พนักงานสวมเครื่องแบบของร้านและติดป้ายที่หน้าอกทุกคนตามบัญชีรายชื่อ  9.15 ภาพเวลาเปิด – ปิด ร้าน ในช่วงเวลา 06.00 น. – 24.00น. | |  |

**แบบฟอร์มแผนผังพื้นที่ให้บริการ ของ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ**

ชื่อสถานประกอบการ........................................................................ ที่อยู่.................................................................................

ชื่อผู้ประกอบการ.................................................................................................................เบอร์โทร..........................................

ชื่อผู้รับมอบอำนาจ...............................................................................................................เบอร์โทร...........................................

**ขนาดพื้นที่ทั้งหมด...........ชั้น รวม จำนวน .......................ตรม.**

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ขนาดพื้นที่ทั้งหมด...........ชั้น รวม จำนวน .......................ตารางเมตร. คิดเป็นค่าธรรมเนียม............................บาท

ลงชื่อ.............................................เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร