

- กิจการสปา
- กิจการนวดเพื่อสุขภาพ
- กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม
- กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
- กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง



เลขที่รับ.....  
วันที่.....  
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

**คำขอชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ**

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**๑. ข้าพเจ้า**

๑.๑ ชื่อ ..... สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

บัตรประจำตัวประชาชน หรือ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ 

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

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) .....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ 

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

และ (๒) .....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ 

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

เป็นผู้มีอำนาจทำการแทนนิตินบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต

๒. ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ใบอนุญาตเลขที่ .....

ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพภาษาไทย .....

ภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี) .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/

แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ ..... e-mail : ..... Line : .....

วัน/เวลาที่เปิดให้บริการ .....พื้นที่การให้บริการ ..... ตารางเมตร

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามข้อ ๒ มีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

๔. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

(๑) บัตรประจำตัวประชาชนผู้ประกอบกิจการหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้อำนาจลงนามกรณีเป็นนิตินบุคคล จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) กรณีหลักฐานและเอกสารที่ยื่นไว้ในการขออนุญาตมีการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงทุกรายการ

(๓) เอกสารอื่นๆ (ระบุ) .....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)