



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

แบบบันทึกการตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....-.....น.

.....

ผู้นำตรวจประเมิน

ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

ผู้ตรวจประเมิน

๑. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

๒. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

๓. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

ผู้ร่วมตรวจประเมิน

๑. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

๒. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

๓. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถานประกอบการภาษาไทย.....

ชื่อสถานประกอบการภาษาต่างประเทศ.....

สถานที่ตั้งเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

พื้นที่บริการ.....ตารางเมตร

ประเภทกิจการ สปา นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงาม กิจกรรมอื่น ระบุ.....

ใบอนุญาตทะเบียนเลขที่.....เมื่อวันที่.....

ส่วนที่ ๒...

ส่วนที่ ๒ ตารางบันทึกการตรวจสอบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ (Post Audit)

มาตรฐานสถานประกอบการ	ผลการตรวจประเมิน		ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเสนอแนะ
	ผ่าน	ไม่ผ่าน		
๑. ด้านการได้รับอนุญาต				
๑.๑ แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการไว้ในที่เปิดเผย				
๑.๒ แสดงใบอนุญาตผู้ดำเนินการไว้ในที่เปิดเผย (กิจการสปา)				
๑.๓ มีป้ายมาตรฐานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ			ป้ายตราสัญลักษณ์ “มาตรฐาน สบส.”	
๑.๔ ชำระค่าธรรมเนียมรายปี			เอกสารหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมรายปี	
๑.๕ เป็นผู้รับอนุญาตตามที่ระบุในใบอนุญาต			เอกสารใบอนุญาตผู้ประกอบการ	
๑.๖ ประกอบกิจการตรงตามประเภทที่ได้รับอนุญาต			ตรวจสอบป้ายชื่อ/เมนู/เครื่องมืออุปกรณ์	
๑.๗ มีผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (กิจการสปา) จำนวน.....คน ๑) ชื่อ.....สกุล..... เลขที่ใบอนุญาต..... ๒) ชื่อ.....สกุล..... เลขที่ใบอนุญาต.....			เอกสารใบอนุญาตผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	
๑.๘ ผู้ให้บริการมีใบรับรองการขึ้นทะเบียน จำนวน.....คน			เอกสารใบรับรอง (สบส.๑๔) ครบทุกคน	
๑.๙ สถานประกอบการไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ผู้อาศัยใกล้เคียง			สอบถามผู้อยู่อาศัยบริเวณใกล้เคียงสถานประกอบการหรือข้อร้องเรียน	
๒. ด้านสถานที่				
๒.๑ มีป้ายชื่อตรงตามประเภทกิจการ/สามารถมองเห็นได้ชัดเจน			ชื่อสถานประกอบการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การตั้งชื่อ	
๒.๒ ไม่ประกอบกิจการอื่นในสถานประกอบการ			หากมีบริการอื่นต้องแบ่งพื้นที่ชัดเจน ไม่ปะปนกันและไม่รบกวนกัน (ต้องไม่ใช่สถานบริการ)	
๒.๓ มีการตกแต่งสถานที่ที่เหมาะสม				
๒.๔ มีการระบายอากาศที่ดี				
๒.๕ มีแสงสว่างเพียงพอ				
๒.๖ มีความสะอาด				
๒.๗ พื้นที่ให้บริการเฉพาะบุคคลเป็นไปตามมาตรฐาน				

มาตรฐานสถานประกอบการ	ผลการตรวจประเมิน		ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเสนอแนะ
	ผ่าน	ไม่ผ่าน		
๒.๘ สถานประกอบการจัดเป็นสถานที่ ปลอดภัย/เครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์/อาวุธ/การค้าประเวณี				
๒.๙ ห้องส้วม ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า อ่างล้างมือ ถูกสุขลักษณะและเพียงพอ				
๓. ด้านความปลอดภัย				
๓.๑ มีระบบสัญญาณเตือนเพลิงไหม้				
๓.๒ มีถังดับเพลิง			อย่างน้อย ๑ ถัง	
๓.๓ มีป้ายทางหนีไฟ			ป้ายทางหนีไฟพื้นสีเขียว ตัวอักษรสีขาว	
๓.๔ มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น				
๓.๕ มีป้ายเตือนบริเวณที่มีความเสี่ยง				
๓.๖ มีระบบการเก็บขยะมูลฝอยที่เหมาะสม				
๓.๗ การทำความสะอาด อุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ ได้มาตรฐาน ถูกสุขลักษณะ และใช้ได้อย่างปลอดภัย ผลิตภัณฑ์ที่ใช้สำหรับลูกค้าปลอดภัยได้มาตรฐาน				
๓.๘ การให้บริการความร้อน เช่น การอบไอน้ำ การอบเขาน้ำ อ่างนํ้าวน บ่อน้ำร้อนน้ำเย็น ถูกสุขลักษณะ และใช้ได้อย่างปลอดภัย เป็นไปตามมาตรฐาน				
๓.๙ มีระบบการคัดกรองผู้รับบริการ				
๔. ด้านการให้บริการ				
๔.๑ การให้บริการไม่ฝ่าฝืนกฎหมายอื่น				
๔.๒ แสดงรายการการให้บริการและอัตราค่าบริการ (ด้านนอก/ด้านใน)				
๔.๓ ไม่มีบริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง				
๔.๔ การโฆษณาเป็นไปตามมาตรฐาน				
๔.๕ การแต่งกายผู้ให้บริการถูกต้อง มีป้ายชื่อ				
๔.๖ มีป้ายเวลาเปิด - ปิด ตรงกับที่ได้รับอนุญาต				
๔.๗ มีการจัดทำทะเบียนประวัติผู้รับบริการ				

แบบแสดงยินยอมการตรวจสอบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ
(Post Audit)

๔

วันที่ตรวจ.....

ส่งงานแก้ไขภายในวันที่.....

๑. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถานประกอบการ

สถานที่ตั้งเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....พื้นที่บริการ.....ตารางเมตร

ชื่อผู้ประกอบการ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ประเภทกิจการ สปา นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงาม กิจการอื่น ระบุ.....

๒. ใบอนุญาต

ทะเบียนเลขที่.....เมื่อวันที่.....ออกโดย.....

ในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงาน กลุ่มเฝ้าระวังสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและคณะ ได้รับความยินยอมจากเจ้าของ/
ผู้ประกอบการ หรือผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือผู้แทนของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
(ผู้นำตรวจประเมิน) โดยมีได้กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ อุปกรณ์ หรือทรัพย์สิน ของสถานประกอบการ
เพื่อสุขภาพและมีได้กระทำการใดๆ อันเป็นการจงใจ ให้คำมั่นสัญญา ชูเชิญหลอกลวงหรือโดยมิชอบด้วยประการอื่น เพื่อจงใจ
ให้ผู้นำตรวจประเมินให้ข้อมูลรายละเอียด ตามบันทึกการตรวจสอบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังได้จากรับใบอนุญาต
ประกอบกิจการ (Post Audit) ฉบับนี้ ทั้งนี้ ผู้นำตรวจประเมินได้อ่านข้อความทั้งหมดโดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้องตามที่ได้
ให้ข้อมูลต่อเจ้าพนักงาน กลุ่มเฝ้าระวังสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ผู้ตรวจประเมิน) จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ตรวจประเมิน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ประกอบการ/ผู้ดำเนินการ/ผู้แทนของสถาน
ประกอบการเพื่อสุขภาพ /ผู้นำตรวจประเมิน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

พยาน

หมายเหตุ : เอกสารหลักฐานการแก้ไขส่งได้ที่สแกน QR Code

