



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

บันทึกการตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ
ประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพหรือนวดเพื่อเสริมความงาม (Post Audit)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....-.....น.

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

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

ส่วนที่ ๒ ตารางบันทึกการตรวจสอบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ (Post Audit)

มาตรฐานสถานประกอบการ	ผลการตรวจประเมิน		ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง		
๑. ด้านการได้รับอนุญาต				
๑.๑ แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการไว้ในที่เปิดเผย				
๑.๒ แสดงใบอนุญาตผู้ดำเนินการไว้ในที่เปิดเผย (เฉพาะกิจการสปา)				
๑.๓ มีป้ายมาตรฐานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ			ป้ายตราสัญลักษณ์ “มาตรฐาน สบส.”	
๑.๔ แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบ กิจการรายปีไว้ในที่เปิดเผย			เอกสารหลักฐานการชำระ ค่าธรรมเนียมรายปีต้อง เป็นปีปัจจุบัน	
๑.๕ เป็นผู้รับอนุญาตตามที่ระบุในใบอนุญาต			เอกสารใบอนุญาต ผู้ประกอบการ	
๑.๖ ประกอบกิจการตรงตามประเภทที่ได้รับอนุญาต			ตรวจสอบป้ายชื่อร้าน/ เมนู/เครื่องมืออุปกรณ์	
๑.๗ มีผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (เฉพาะกิจการสปา) จำนวน.....คน ๑) ชื่อ.....สกุล..... เลขที่ใบอนุญาต..... ๒) ชื่อ.....สกุล..... เลขที่ใบอนุญาต.....			เอกสารใบอนุญาต ผู้ดำเนินการในสถาน ประกอบการ เพื่อสุขภาพ	
๑.๘ ผู้ให้บริการมีใบรับรองการขึ้นทะเบียนฯ จำนวน.....คน			เอกสารใบรับรอง (สพส.๑๔) ครบทุกคน	
๑.๙ สถานประกอบการไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ ผู้อาศัยใกล้เคียง			สอบถามผู้อยู่อาศัยบริเวณ ใกล้เคียงสถานประกอบการ หรือข้อร้องเรียน	
๒. ด้านสถานที่				
๒.๑ มีป้ายชื่อตรงตามประเภทกิจการ/สามารถมองเห็น ได้ชัดเจน			ชื่อสถานประกอบการ เป็นไปตามหลักเกณฑ์การ ตั้งชื่อ	
๒.๒ ไม่ประกอบกิจการอื่นในสถานประกอบการ			หากมีบริการอื่นต้องแบ่ง พื้นที่ชัดเจน ไม่ปะปนกัน และไม่รบกวนกัน (ต้องไม่ใช่สถานบริการ)	

มาตรฐานสถานประกอบการ	ผลการตรวจประเมิน		ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง		
๒.๓ มีการตกแต่งสถานที่ที่เหมาะสม				
๒.๔ มีการระบายอากาศที่ดี				
๒.๕ มีแสงสว่างเพียงพอ				
๒.๖ มีความสะอาด				
๒.๗ พื้นที่ให้บริการเฉพาะบุคคลเป็นไปตามมาตรฐาน				
๒.๘ สถานประกอบการจัดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/อาวุธ/การค้าประเวณี				
๒.๙ ห้องส้วม ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า อ่างล้างมือ ถูกสุขลักษณะและเพียงพอ				
๓. ด้านความปลอดภัย				
๓.๑ มีระบบสัญญาณเตือนเพลิงไหม้				
๓.๒ มีถังดับเพลิง			อย่างน้อย ๑ ถัง	
๓.๓ มีป้ายทางหนีไฟ			ป้ายทางหนีไฟพื้นสีเขียวตัวอักษรสีขาว	
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				

มาตรฐานสถานประกอบการ	ผลการตรวจประเมิน		ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง		
๔.๖ มีป้ายเวลาเปิด - ปิด ตรงกับที่ได้รับอนุญาต				
๔.๗ มีการจัดทำทะเบียนประวัติผู้รับบริการ				

ในการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและคณะ ได้รับความยินยอมจากผู้รับอนุญาต หรือผู้แทนของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ผู้รับการตรวจประเมิน) โดยมีได้กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ อุปกรณ์ หรือทรัพย์สินของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และได้กระทำการใดๆ อันเป็นการจงใจ ให้คำมั่นสัญญา ขู่เชิญหลอกลวงหรือ โดยมีข้อด้วยประการอื่น เพื่อจูงใจให้ผู้รับอนุญาตหรือผู้แทนของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ข้อมูลรายละเอียด ตามบันทึก การตรวจสอบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังได้จากรับใบอนุญาตประกอบกิจการ (Post Audit) ฉบับนี้ ทั้งนี้ ผู้รับอนุญาตหรือ ผู้แทนของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้อ่านข้อความทั้งหมดโดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้องตามที่ได้ให้ข้อมูลต่อพนักงาน เจ้าหน้าที่ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและคณะ (ผู้ตรวจประเมิน) จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
พนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ หรือผู้แทน
ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
พนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
พยาน

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
พยาน

วันที่ตรวจ.....
ส่งงานแก้ไขภายในวันที่.....

หมายเหตุ : เอกสารหลักฐานการแก้ไขส่งได้ที่ IDLine : @264vudka
หรือสแกน QR Code

