

# คู่มือสำหรับประชาชน สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

---

## สารบัญ

| เรื่อง   | หน้า |
|--|------|
| การขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ     | ๓    |
| การขออนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ                | ๘    |
| การยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ | ๑๖   |

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

กระทรวง : กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ : การขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ : อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๒) กฎกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา

การลดขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๖๐ วัน

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๓

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๒๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการใน  
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑) สถานที่ให้บริการ ศูนย์ราชการ ถนนกำแพงเพชร-สุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  
ชั้น ๑ ตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๕๕๗๐ ๕๑๙๗ หรือ  
ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)  
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (หยุดพักเที่ยง)

## ๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

### ๑) หลักเกณฑ์

๑.๑ ผู้ใดประสงค์จะปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ให้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียน เป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อผู้อนุญาต (มาตรา ๒๒)

๑.๒ ผู้ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการฯ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑.๒.๑ มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์

๑.๒.๒ ได้รับวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุน บริการสุขภาพ

๑.๒.๓ ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

๑.๒.๔ ไม่เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันเป็นที่รังเกียจแก่สังคมโรคพิษสุราเรื้อรังหรือติดยาเสพติดให้โทษ

### ๒) เงื่อนไข

๒.๑ การนับระยะเวลาวันทำการในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒.๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

### ๓) วิธีการในการยื่นคำขอรับใบอนุญาตฯ

๓.๑ ผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ ยื่นคำขอฯ พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สพส.๑๒)

๓.๒ เมื่อเอกสารหลักฐานตามแบบคำขอฯ ครบถ้วน เจ้าหน้าที่ลงรับคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หากเอกสารและหลักฐานไม่ครบถ้วน ผู้รับคำขอฯ ให้คำแนะนำแก่ผู้ยื่นคำขอฯ เพื่อจัดเตรียมเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมให้ครบและนำมายื่นอีกครั้ง

๓.๓ ในกรณีที่คำขอฯ และเอกสารและหลักฐานถูกต้องและครบถ้วนแล้วให้พิจารณาคำขอโดยจะมีคำสั่งรับขึ้นทะเบียนได้ ต่อเมื่อปรากฏว่าผู้ยื่นคำขอฯ มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙

๓.๔ ในกรณีที่มิคำสั่งไม่รับขึ้นทะเบียนฯ ให้มีหนังสือแจ้งให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนทราบพร้อมด้วยเหตุผลและสิทธิอุทธรณ์ ทั้งนี้ ภายใน ๗ วันนับแต่วันที่มิคำสั่งไม่รับขึ้นทะเบียน

๓.๕ ในกรณีที่มิคำสั่งรับขึ้นทะเบียน ให้แจ้งผู้ขอขึ้นทะเบียนทราบเพื่อมารับใบรับรองฯ ภายใน ๖๐ วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

๓.๖ ในกรณีที่ผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ ไม่มารับใบรับรองฯ ภายในระยะเวลา ให้ถือว่าผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ ไม่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และให้จำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤติหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ไม่ว่าจะ เกิดจากภัยธรรมชาติ อุทกภัย อัคคีภัย อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

## ๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ลำดับ | ขั้นตอน  | ระยะเวลา         | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ             |
|-------|--|------------------|--|
| ๑.    | ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สพส.๑๒) พร้อมเอกสารหลักฐาน  | ๑ วัน            | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร          |
| ๒.    | การตรวจสอบเอกสาร<br>- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐาน เมื่อเอกสาร/คำขอถูกต้องครบถ้วน เจ้าหน้าที่ออกใบรับคำขอฯ<br>- กรณีตรวจสอบเอกสาร/คำขอ แล้วไม่ถูกต้อง / ครบถ้วน ให้แจ้งเป็นหนังสือให้ผู้ยื่นคำขอฯแก้ไข                              | ๑๕ วัน<br>๓๐ วัน | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข |
| ๓.    | เจ้าหน้าที่พิจารณาคุณสมบัติของผู้ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการและออกใบขึ้นทะเบียน  | ๖๐ วัน           | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข |
| ๔.    | - กรณีพิจารณาไม่แล้วเสร็จ ขอย้ายเวลาพิจารณา ครั้งที่ ๑<br>- กรณีพิจารณาไม่แล้วเสร็จ ขอย้ายเวลาพิจารณา ครั้งที่ ๒   | ๓๐ วัน<br>๓๐ วัน | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข |
| ๕.    | แจ้งผลการพิจารณา<br>- กรณีมีคำสั่งรับขึ้นทะเบียนให้แจ้งผู้ขอขึ้นทะเบียนมารับใบรับรองภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง<br>- กรณีไม่รับขึ้นทะเบียน แจ้งผู้ขอขึ้นทะเบียนทราบ ภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่มิได้คำสั่งไม่รับขึ้นทะเบียน | ๖๐ วัน           | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข |

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๖๐ วัน

## ๑๔. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

## ๑๔.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยืนยันตัวตน                                      | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร   | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวน<br>เอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ   |
|-----|--|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------|--|
| ๑.  | บัตรประจำตัว<br>ประชาชน  | กรมการปกครอง   | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง<br>กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ<br>มอบอำนาจและสำเนาบัตร<br>ประชาชนผู้มอบอำนาจ)       |
| ๒.  | สำเนาทะเบียน<br>บ้าน   | กรมการปกครอง   | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)  |
| ๓.  | รูปถ่าย ๑ นิ้ว   |  | ๒                           | ๐                        | รูป                | (ทำปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่<br>แว่นตา แต่งกายสภาพเรียบร้อย<br>ไม่ใช่รูปถ่ายโพลาลอยด์ ถ่ายไว้ไม่<br>เกิน ๖ เดือน) |
| ๔.  | ใบรับรองแพทย์  | สถานพยาบาล<br>ภาครัฐหรือเอกชน<br>ที่ถูกกฎหมาย  | ๑                           | ๐                        | ฉบับ               | (ออกไม่เกิน ๖ เดือน และต้องมี<br>ตราจากหน่วยงานหรือคลินิกที่<br>รับรอง)  |
| ๕.  | คู่มือบัตรหรือ<br>ประกาศนียบัตร<br>ด้านการบริการ เพื่อ<br>สุขภาพ | สถาบันการศึกษา/<br>หน่วยงาน/องค์กรที่<br>จัดการเรียนการสอน<br>หลักสูตรด้านการ<br>บริการเพื่อสุขภาพที่<br>กรมสนับสนุนบริการ<br>สุขภาพรับรอง | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | หลักสูตรและสถาบันที่ได้รับการ<br>รับรองจากกรมสนับสนุนบริการ<br>สุขภาพ (ลงนามรับรองสำเนา<br>ถูกต้อง)            |
| ๖.  | หลักฐานอื่นๆ<br>(ถ้ามี)  | กรมการปกครอง   | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | (ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล<br>ทะเบียนสมรส)<br>(ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง)                                      |

**๑๕. ค่าธรรมเนียม**

ไม่มีค่าธรรมเนียม

**๑๖. ช่องทางการร้องเรียน**

- ๑) ช่องทางการร้องเรียน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ๖๒๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐๕๕-๗๐๕๑๙๗
- ๒) ช่องทางการร้องเรียน [www.thaispa.go.th](http://www.thaispa.go.th) หรือ  
<http://m.facebook.com/Departmentofhealthservicesupport/>
- ๓) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก  
เขตดุสิต กทม.๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / [www.๑๑๑๑.go.th](http://www.๑๑๑๑.go.th) /  
ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.๑๐๓๐๐
- ๔) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี  
๑๑๐๐๐
- ๕) ทางไปรษณีย์ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

**๑๗. ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

- ๑) คำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (แบบ สพส.๑๒)

คู่มือสำหรับประชาชน : การขออนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

กระทรวง : กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ : การขออนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๑๓. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

๑๔. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๑๕. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ : อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๑๖. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๒) กฎกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๓) กฎกระทรวงการกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปาและกิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเสริมความงาม พ.ศ. ๒๕๖๐

๔) กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๑๗. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๑๘. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค

๑๙. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา

การลดขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๖๕ วัน

๒๐. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๑

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๓

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๒๑. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน

[สำเนาคู่มือประชาชน]การขออนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๒๒. ช่องทางการให้บริการ

๒) สถานที่ให้บริการ ศูนย์ราชการ ถนนกำแพงเพชร-สุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

ชั้น ๑ ตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๕๕๗๐ ๕๑๙๗ หรือ

ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (หยุดพักเที่ยง)



## ๒๓. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

### ๔) หลักเกณฑ์

๑.๑ ผู้ใดประสงค์จะประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ต้องได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพจากผู้อนุญาต การขอรับใบอนุญาต การออกใบอนุญาต แบบใบอนุญาต การออกใบแทนใบอนุญาต และการชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต ให้เป็นไปตามแบบ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดใน กฎกระทรวง (มาตรา ๑๒)

๑.๒ ผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์

และไม่มี ลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑.๒.๑ เป็นบุคคลล้มละลาย

๑.๒.๒ เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

๑.๒.๓ เป็นผู้เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าเป็นผู้กระทำความผิดในความผิดเกี่ยวกับเพศตามประมวลกฎหมาย อาญา ความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ หรือความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี

๑.๒.๔ เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคพิษสุราเรื้อรังหรือติดยาเสพติดให้โทษ

๑.๒.๕ เป็นผู้อยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๑.๒.๖ เป็นผู้เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และยังไม่พ้นกำหนด ๒ ปี นับถึงวันที่ยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

## ๒ เงื่อนไข

๒.๑ การนับระยะเวลาวันทำการในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒.๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

## ๓ วิธีการในการยื่นคำขอรับใบอนุญาตฯ

๓.๑ เมื่อผู้ขอรับใบอนุญาตฯ ยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สพส.๑) ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ความครบถ้วนของเอกสารตามแบบคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๓.๒ ตรวจสอบหลักฐานคุณสมบัติและการรับรองว่าไม่มีลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบการผู้ให้บริการและผู้ดำเนินการแล้วแต่กรณี

๓.๓ ตรวจสอบเลขที่ตั้งของสถานประกอบการ เวลาเปิด-ปิดบริการ ที่ชัดเจน ถูกต้องตามประเภทของกิจการและผู้ให้บริการมีใบรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สพส.๑๔)

๓.๔ กรณีเป็นกิจการสปาต้องมีผู้ดำเนินการที่มีใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ (สพส.๙)

๓.๕ เมื่อเอกสารหลักฐานตามแบบคำขอรับใบอนุญาตฯ ครบถ้วน เจ้าหน้าที่ลงรับคำขออนุญาตประกอบการกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหากเอกสารและหลักฐานไม่ครบถ้วนผู้รับคำขอฯ ให้คำแนะนำแก่ผู้ขอรับใบอนุญาตเพื่อจัดเตรียมเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมให้ครบและนำมายื่นอีกครั้ง

๓.๖ ผู้รับคำขอฯ แจ้งแนวทางการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ผู้ขอรับใบอนุญาตและให้คำแนะนำข้อควรปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

๓.๗ ผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายในการตรวจประเมินความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารคำขอในชั้นตอนนี้ หากพบว่าต้องเพิ่มเติมเอกสารหรือแก้ไข ต้องมีหนังสือแจ้งผู้ขอรับใบอนุญาตภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่ได้รับคำขอฯ ถ้าผู้ขอรับใบอนุญาตไม่ส่งเอกสารเพิ่มเติม หรือไม่แก้ไขภายใน ๓๐ วัน ให้จำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ

#### ๔) แนวทางในการพิจารณาอนุญาต

๔.๑ เมื่อผู้รับผิดชอบงาน ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนถูกต้องแล้ว จะนัดหมายวัน เวลาที่จะเข้าตรวจสถานประกอบการ

๔.๒ เมื่อถึงวันตรวจสถานที่ เจ้าหน้าที่ตรวจประเมินลักษณะและมาตรฐานของสถานประกอบการและบันทึก ภาพถ่าย ในแต่ละมาตรฐาน หากไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำหรือแจ้งให้ผู้ขอรับใบอนุญาตแก้ไข (ซึ่งอาจกำหนดระยะเวลาให้แก้ไข ภายในกรอบเวลาของกระบวนการพิจารณาอนุญาต) (กรอบเวลาอนุญาต ๖๐ วัน)

๔.๓ ผู้ตรวจประเมินสรุปผลการตรวจ

๔.๔ พิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะแก่ผู้อนุญาตเพื่อพิจารณาออกใบอนุญาตประกอบการฯ หากผู้อนุญาตเห็นชอบให้ผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบการกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เจ้าหน้าที่จะแจ้งผลการพิจารณาเป็นหนังสือให้ผู้ขอรับใบอนุญาตฯ ทราบ เพื่อชำระค่าธรรมเนียมการประกอบการกิจการฯ

๔.๕ กรณีที่เห็นว่าไม่อาจพิจารณาให้แล้วเสร็จได้ภายในระยะเวลา ๖๐ วัน อาจขยายระยะเวลาออกไปได้อีกไม่เกิน ๒ ครั้ง ครั้งละไม่เกิน ๓๐ วัน และมีหนังสือแจ้งเหตุผลให้ผู้ขอรับใบอนุญาตทราบก่อนครบกำหนด ระยะเวลาดังกล่าว

#### ๕) การแจ้งผลการพิจารณาและการชำระค่าธรรมเนียม

๕.๑ เจ้าหน้าที่แจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ขอรับใบอนุญาตฯ ทราบ และผู้ขอรับใบอนุญาตต้องมาชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการ ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

๕.๒ เมื่อผู้ขอรับใบอนุญาต ชำระค่าธรรมเนียม ผู้รับผิดชอบงานออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม และนัดให้ ผู้ขอรับใบอนุญาตฯ มารับใบอนุญาตฯ ภายใน ๗ วัน

๕.๓ เจ้าหน้าที่จัดทำใบอนุญาตประกอบการกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เสนอผู้อนุญาต ลงนาม ภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ชำระค่าธรรมเนียม

๕.๔ ผู้ขอรับใบอนุญาตติดต่อขอรับใบอนุญาตที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

๕.๕ กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตไม่มาชำระค่าธรรมเนียมเมื่อครบกำหนด ๖๐ วัน ผู้รับผิดชอบงานเสนอความเห็นต่อผู้อนุญาต เพื่อจำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤติหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ อุทกภัย อัคคีภัย อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

### ๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ลำดับ | ขั้นตอน   | ระยะเวลา | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ                 |
|-------|---|----------|--|
| ๑.    | การยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สพส.๑) หากเอกสารครบถ้วน เจ้าหน้าที่ ลงรับคำขออนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ   | ๑ วัน    | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด<br>กำแพงเพชร          |
| ๒.    | การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเอกสารหรือหลักฐานประกอบคำขอรับใบอนุญาตฯ (สพส.๑)<br>- กรณีเอกสารหรือหลักฐานไม่ครบถ้วน ทำหนังสือแจ้งให้ผู้ประกอบการดำเนินการแก้ไขให้เสร็จภายใน ๓๐ วัน   | ๑๕ วัน   | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัชสาธารณสุข |
| ๓.    | การพิจารณาอนุญาตประกอบกิจการฯ<br>- พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจและประเมินมาตรฐานโดยนัดตรวจสถานที่ กรณีสถานประกอบการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เป็นไปตามมาตรฐาน<br>- นำเสนอผลการตรวจประเมินเพื่อเสนอความเห็นต่อผู้อนุญาต | ๕๓ วัน   | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัชสาธารณสุข |
| ๔.    | - กรณีผู้อนุญาตเห็นชอบให้อนุญาตฯ เจ้าหน้าที่แจ้งผลการพิจารณาต่อผู้ขอรับใบอนุญาตฯ เพื่อให้มาชำระค่าธรรมเนียมภายใน ๖๐ วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้ง<br>- กรณีมีคำสั่งไม่อนุญาต ผู้รับผิดชอบงานทำหนังสือแจ้งผู้ขอรับใบอนุญาตทราบพร้อมแจ้งสิทธิอุทธรณ์       | ๗ วัน    | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัชสาธารณสุข |
| ๕.    | การชำระค่าธรรมเนียมฯ<br>- ผู้ขออนุญาต ยื่นคำร้องชำระค่าธรรมเนียมอนุญาตประกอบกิจการฯ และค่าธรรมเนียมรายปี ตามแบบฟอร์ม (สพส.๑๗)<br>- ผู้ขอรับใบอนุญาตชำระค่าธรรมเนียม   | ๑ วัน    | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด<br>กำแพงเพชร          |
| ๖.    | ผู้ขอรับใบอนุญาต นำหลักฐานการชำระเงินมาติดต่อบริษัทรับใบอนุญาตฯ และสตีกเกอร์มาตรฐาน สบส ซึ่งจะนัดมารับภายใน ๗ วันหลังชำระเงินค่าธรรมเนียม   | ๗ วัน    | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด<br>กำแพงเพชร          |

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๖๕ วัน

๑๔. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๗.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร                 | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวน<br>เอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ   |
|-----|-----------------------------|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------|--|
| ๑.  | บัตรประจำตัว<br>ประชาชน     | กรมการปกครอง                                   | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง<br>กรณีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือรับ<br>มอบอำนาจและสำเนาบัตร<br>ประชาชนผู้มอบอำนาจ<br>กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนามรับรอง<br>สำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิ์ลง<br>นามทุกคน) |
| ๒.  | สำเนาทะเบียน<br>บ้าน        | กรมการปกครอง                                   | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)  |
| ๓.  | หนังสือเดินทาง              | กองตรวจลงตรา<br>และเอกสาร<br>เดินทางคนต่างด้าว | ๑                           | ๑                        | ฉบับ               | (กรณีเป็นชาวต่างชาติ ลงนาม<br>รับรองสำเนาถูกต้อง)  |
| ๔.  | หนังสือรับรองนิติ<br>บุคคล  | กรมพัฒนาธุรกิจ<br>การค้า                       | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | (กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนาม<br>รับรองสำเนาถูกต้อง)  |
| ๕.  | ใบรับรองแพทย์               | สถานพยาบาล<br>ภาครัฐหรือเอกชน<br>ที่ถูกกฎหมาย  | ๑                           | ๐                        | ฉบับ               | (ออกไม่เกิน ๖ เดือน และต้องมี<br>ตราจากหน่วยงานหรือคลินิกที่<br>รับรอง)  |
| ๖.  | หลักฐานอื่นๆ<br>(ถ้ามี)     | กรมการปกครอง                                   | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | (ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล<br>ทะเบียนสมรส)<br>(ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง)  |

## ๑๗.๒) เอกสารหลักฐานสถานที่ ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

| ที่ | รายการเอกสารหลักฐานสถานที่                | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ   |
|-----|---|-----------------------------|---------------------|------------------|----------------|--|
| ๑.  | แผนที่แสดงที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ |                             | ๑                   | ๐                | ฉบับ           | (ต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียงโดยให้มีจุดสังเกตที่สำคัญ)   |
| ๒.  | แผนผังในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ          |                             | ๑                   | ๐                | ฉบับ           | (แสดงพื้นที่ ห้อง เติง เบาะเก้าอี้ขนาด และสามารถคำนวณพื้นที่สำหรับให้บริการได้)  |
| ๓.  | เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของอาคาร            |                             | ๐                   | ๑                | ฉบับ           | (กรณีผู้ยื่นคำขอไม่ใช่เจ้าของอาคารหรือสถานที่ ต้องมีสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่จากเจ้าของอาคารหรือหนังสือแสดงกรรมสิทธิ์) |

## ๑๗.๓) เอกสารหลักฐานผู้ให้บริการ ผู้ดำเนินการ

| ที่ | รายการเอกสาร ผู้ให้บริการ ผู้ดำเนินการ                                | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร                          | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ  |
|-----|---|--|---------------------|------------------|----------------|---|
| ๑.  | บัญชีรายชื่อผู้ให้บริการ  |  | ๑                   | ๐                | ฉบับ           | (ผู้ให้บริการทุกคนต้องผ่านการรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการฯ) |
| ๒.  | บัตรประชาชนผู้ให้บริการ   |  | ๐                   | ๑                | ฉบับ           | (ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง)  |
| ๓.  | สำเนาใบรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ/<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | ๑                   | ๐                | ฉบับ           | (ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง)<br>(สพส.๑๔)                              |

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ผู้ให้บริการ<br>ผู้ดำเนินการ     | หน่วยงานภาครัฐ ผู้<br>ออกเอกสาร                               | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวน<br>เอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ  |
|-----|--|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------|---|
| ๔.  | แบบแสดงความ<br>จำนงเป็นผู้ดำเนินการ<br>กิจการสปา |   | ๑                           | ๐                        | ฉบับ               | กรณีขออนุญาตเปิดกิจการสปา<br>(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)  |
| ๕.  | ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ                         | กรมสนับสนุน<br>บริการสุขภาพ/<br>สำนักงาน สาธารณสุข<br>จังหวัด | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | กรณีขออนุญาตเปิดกิจการสปา (ลง<br>นามรับรองสำเนาถูกต้อง)<br>(ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล<br>ทะเบียนสมรส ของผู้ให้บริการ<br>และผู้ดำเนินการ) |
| ๖.  | บัตรประจำตัว<br>ประชาชน<br>ผู้ดำเนินการ          | กรมการปกครอง  | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               |   |
| ๗.  | หลักฐานอื่นๆ<br>(ถ้ามี)                          | กรมการปกครอง  | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               |   |

## ๑๘. ค่าธรรมเนียม

| ลำดับ | รายละเอียดค่าธรรมเนียม   | ค่าธรรมเนียม (บาท)                |
|-------|--|-----------------------------------|
| ๑.    | ใบอนุญาต/ต่ออายุ ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ<br>ประเภทกิจการ นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงาม สำหรับพื้นที่การ<br>ให้บริการ<br>๑) ไม่เกิน ๑๐๐ ตร.ม.<br>๒) ไม่เกิน ๒๐๐ ตร.ม.<br>๓) ไม่เกิน ๔๐๐ ตร.ม.<br>๔) เกิน ๔๐๐ ตร.ม. | ๕๐๐<br>๑,๕๐๐<br>๓,๐๐๐<br>๕,๐๐๐    |
| ๒.    | ใบอนุญาต/ต่ออายุ ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ<br>ประเภทกิจการ สปา สำหรับพื้นที่การให้บริการ<br>๑) ไม่เกิน ๑๐๐ ตร.ม.<br>๒) ไม่เกิน ๒๐๐ ตร.ม.<br>๓) ไม่เกิน ๔๐๐ ตร.ม.<br>๔) เกิน ๔๐๐ ตร.ม.                                     | ๑,๐๐๐<br>๓,๐๐๐<br>๖,๐๐๐<br>๑๐,๐๐๐ |

| ลำดับ | รายละเอียดค่าธรรมเนียม   | ค่าธรรมเนียม (บาท) |
|-------|--|--------------------|
| ๓.    | การชำระค่าธรรมเนียมรายปี ประเภทกิจการ นวดเพื่อสุขภาพ หรือ นวดเพื่อเสริมความงาม | ๕๐๐                |
| ๔.    | การชำระค่าธรรมเนียมรายปี ประเภทกิจการ สปา                                      | ๑,๐๐๐              |
| ๕.    | ใบอนุญาต   | ๓๐๐                |
| ๖.    | เปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต   | ๓๐๐                |

#### ๑๙. ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) ช่องทางการร้องเรียน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำแพงเพชร ตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ๖๒๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐๕๕-๗๐๕๑๙๗
- ๒) ช่องทางการร้องเรียน [www.thaispa.go.th](http://www.thaispa.go.th) หรือ  
<http://m.facebook.com/Departmentofhealthservicesupport/>
- ๓) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก  
เขตดุสิต กทม.๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / [www.๑๑๑๑.go.th](http://www.๑๑๑๑.go.th) /  
ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.๑๐๓๐๐
- ๔) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี  
๑๑๐๐๐
- ๕) ทางไปรษณีย์ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

#### ๒๐. ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- ๑) คำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (แบบ สพส.๑)

คู่มือสำหรับประชาชน : การยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

กระทรวง : กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ : การยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

๒๔. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๒๕. หมวดหมู่ของงานบริการ : อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๒๖. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๒) กฎกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๓) กฎกระทรวงการกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปาและกิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเสริมความงาม พ.ศ. ๒๕๖๐

๔) กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๒๗. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๒๘. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค

๒๙. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา

การลดขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๓๙ วัน

๓๐. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๑

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๕

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๓๑. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน]การยื่นคำขอต่ออายุ

ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๓๒. ช่องทางการให้บริการ

๓) สถานที่ให้บริการ ศูนย์ราชการ ถนนกำแพงเพชร-สุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

ชั้น ๑ ตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๕๕๗๐ ๕๑๙๗ หรือ

ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (หยุดพักเที่ยง)



### ๓๓. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

#### ๕) หลักเกณฑ์

๑.๑ ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ มาตรา ๑๔ ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้มีอายุ ๕ ปี นับแต่วันที่ออกใบอนุญาต

๑.๒ การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ผู้รับอนุญาต ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการฯ (สพส.๓) ก่อนวันที่ใบอนุญาตสิ้นสุด และเมื่อยื่นคำขอ ดังกล่าวแล้วให้ผู้ยื่นคำขอฯ ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนั้นต่อไปได้ จนกว่าจะได้รับแจ้งคำสั่งไม่ต่ออายุ ใบอนุญาตจากผู้อนุญาต

๑.๓ การขอต่ออายุใบอนุญาตและการให้ต่ออายุใบอนุญาต ได้กำหนดให้ผู้รับอนุญาตที่มีความประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตฯต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอฯ ภายใน ๙๐ วัน ก่อนวันที่ใบอนุญาตสิ้นสุด

#### ๖) เงื่อนไข

๒.๑ การนับระยะเวลาวันทำการในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒.๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้ (บันทึกสองฝ่าย)

#### ๗) วิธีการในการยื่นคำขอรับใบอนุญาตฯ

๓.๑ เมื่อผู้รับอนุญาตฯ ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการฯ (สพส.๓) ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ความครบถ้วนของ เอกสารตามแบบคำขอชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตฯ

๓.๒ เมื่อเอกสารหลักฐานตามแบบคำขอต่ออายุใบอนุญาตฯ ครบถ้วน เจ้าหน้าที่ลงรับคำขอต่ออายุใบอนุญาต ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หากเอกสารและหลักฐานไม่ครบถ้วน ผู้รับคำขอฯ ให้คำแนะนำแก่ผู้รับอนุญาต เพื่อจัดเตรียมเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมให้ครบและนำมายื่นอีกครั้ง

๓.๓ ผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายในการตรวจประเมินความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารคำขอ ในขั้นตอนนี้ หากพบว่าต้องเพิ่มเติมเอกสารหรือแก้ไข ต้องมีหนังสือแจ้งผู้รับอนุญาต ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่ได้รับคำขอฯ ถ้าผู้รับ อนุญาต ไม่ส่งเอกสารเพิ่มเติมหรือไม่แก้ไขภายใน ๓๐ วัน ให้จำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ หากเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง เจ้าหน้าที่เสนอผู้อนุญาตพิจารณาคำขอฯ ต่อไป

๓.๔ ในกรณีที่มีคำสั่งไม่อนุญาต ให้มีหนังสือแจ้งให้ผู้รับอนุญาตทราบ พร้อมด้วยเหตุผลและสิทธิอุทธรณ์ ทั้งนี้ ภายใน ๗ วันนับแต่วันที่ มีคำสั่งไม่อนุญาต

๓.๕ ในกรณีที่มีคำสั่งอนุญาต ให้มีหนังสือแจ้งผู้รับอนุญาตมาชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตฯ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่ ได้รับหนังสือแจ้งดังกล่าว

๓.๖ เมื่อผู้รับอนุญาต ได้ชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตแล้ว ให้ผู้อนุญาตออกใบอนุญาตฯ ให้ตามแบบที่กำหนด ทั้งนี้ ภายใน ๗ วันนับแต่วันที่ ได้รับชำระค่าธรรมเนียม

๓.๗ ในกรณีที่ผู้รับอนุญาต ไม่มาชำระค่าธรรมเนียมในระยะเวลา ให้ถือว่าผู้รับอนุญาต ไม่ประสงค์จะต่ออายุ ใบอนุญาตฯ และให้จำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤติหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ไม่ว่าจะ เกิดจากภัยธรรมชาติ อุทกภัย อัคคีภัย อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น การก่อการประท้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม เป็นต้น

### ๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ลำดับ | ขั้นตอน   | ระยะเวลา | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ                 |
|-------|---|----------|--|
| ๑.    | ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการฯ (สพส.๓) หากเอกสารครบถ้วน เจ้าหน้าที่ ลงรับคำขออนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ   | ๑ วัน    | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด<br>กำแพงเพชร          |
| ๒.    | การตรวจพิจารณาเอกสาร<br>๑. เจ้าหน้าที่พิจารณาการยื่นคำขำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ<br>๒. พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจและประเมินมาตรฐานโดยนัดตรวจสถานที่ กรณีสถานประกอบการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เป็นไปตามมาตรฐาน นำเสนอผลการตรวจประเมินเพื่อเสนอความเห็นต่อผู้อนุญาต<br>- กรณีผู้อนุญาตเห็นชอบให้อนุญาตฯ เจ้าหน้าที่แจ้งผลการพิจารณาต่อผู้ขอรับใบอนุญาตฯ เพื่อให้มาชำระค่าธรรมเนียมภายใน ๖๐ วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง<br>- กรณีมีคำสั่งไม่อนุญาต ผู้รับผิดชอบงานทำหนังสือแจ้งผู้ขอรับใบอนุญาตทราบพร้อมแจ้งสิทธิอุทธรณ์<br>๓. แจ้งผลการอนุญาตและการให้มาชำระค่าธรรมเนียม | ๓๐ วัน   | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัชสาธารณสุข |
| ๓.    | รับชำระค่าธรรมเนียม   | ๑ วัน    | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัชสาธารณสุข |
| ๔.    | การออกใบอนุญาต<br>ผู้รับอนุญาตนำหลักฐานการชำระเงินมาติดต่อรับใบอนุญาตซึ่งจะนัดมารับภายใน ๗ วันหลังชำระเงิน  | ๗ วัน    | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค<br>และเภสัชสาธารณสุข |

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๓๙ วัน

## ๑๔. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

## ๒๐.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยืนยันตัวตน   | หน่วยงานภาครัฐ<br>ผู้ออกเอกสาร                | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวน<br>เอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ  |
|-----|---|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------|---|
| ๑.  | ใบอนุญาต<br>ประกอบกิจการ<br>สถานประกอบการ<br>เพื่อสุขภาพ                            | สำนักงานสาธารณสุข<br>จังหวัดกำแพงเพชร         | ๑                           | ๐                        | ฉบับ               |   |
| ๒.  | บัตรประจำตัว<br>ประชาชนของ<br>ผู้ประกอบการ<br>ผู้ดำเนินการและ ผู้<br>ให้บริการทุกคน | กรมการปกครอง                                  | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)   |
| ๓.  | สำเนาทะเบียน<br>บ้านของผู้รับ<br>อนุญาต   | กรมการปกครอง                                  | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               |   |
| ๔.  | หนังสือรับรองนิติ<br>บุคคล  | กรมพัฒนาธุรกิจ<br>การค้า                      | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | (กรณีเป็นนิติบุคคล ลงนาม<br>รับรองสำเนาถูกต้อง)   |
| ๕.  | ใบรับรองแพทย์   | สถานพยาบาล<br>ภาครัฐหรือเอกชน<br>ที่ถูกกฎหมาย | ๑                           | ๐                        | ฉบับ               | (ออกไม่เกิน ๖ เดือน และต้องมี<br>ตราจากหน่วยงานหรือคลินิกที่<br>รับรอง)   |
| ๖.  | หลักฐานอื่นๆ<br>(ถ้ามี)   |   | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | (ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล<br>ทะเบียนสมรส)<br>(ลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง)<br>- กรณีเอกสารที่ยื่นสำหรับการ<br>ขออนุญาตไว้มีเปลี่ยนแปลง<br>- แบบแปลนเพิ่มเติม (กรณีมี ปรับ<br>เพิ่ม/ลด พื้นที่บริการ) |

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ผู้ให้บริการ<br>ผู้ดำเนินการ     | หน่วยงานภาครัฐ ผู้<br>ออกเอกสาร                               | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวน<br>เอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ  |
|-----|--|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------|---|
| ๔.  | แบบแสดงความ<br>จำนงเป็นผู้ดำเนินการ<br>กิจการสปา |   | ๑                           | ๐                        | ฉบับ               | กรณีขออนุญาตเปิดกิจการสปา<br>(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)  |
| ๕.  | ใบอนุญาตเป็น<br>ผู้ดำเนินการ                     | กรมสนับสนุน<br>บริการสุขภาพ/<br>สำนักงาน สาธารณสุข<br>จังหวัด | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               | กรณีขออนุญาตเปิดกิจการสปา (ลง<br>นามรับรองสำเนาถูกต้อง)<br>(ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล<br>ทะเบียนสมรส ของผู้ให้บริการ<br>และผู้ดำเนินการ) |
| ๖.  | บัตรประจำตัว<br>ประชาชน<br>ผู้ดำเนินการ          | กรมการปกครอง  | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               |   |
| ๗.  | หลักฐานอื่นๆ<br>(ถ้ามี)                          | กรมการปกครอง  | ๐                           | ๑                        | ฉบับ               |   |

## ๒๑. ค่าธรรมเนียม

| ลำดับ | รายละเอียดค่าธรรมเนียม   | ค่าธรรมเนียม (บาท)                |
|-------|--|-----------------------------------|
| ๑.    | ใบอนุญาต/ต่ออายุ ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ<br>ประเภทกิจการ นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงาม สำหรับพื้นที่การ<br>ให้บริการ<br>๕) ไม่เกิน ๑๐๐ ตร.ม.<br>๖) ไม่เกิน ๒๐๐ ตร.ม.<br>๗) ไม่เกิน ๔๐๐ ตร.ม.<br>๘) เกิน ๔๐๐ ตร.ม. | ๕๐๐<br>๑,๕๐๐<br>๓,๐๐๐<br>๕,๐๐๐    |
| ๒.    | ใบอนุญาต/ต่ออายุ ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ<br>ประเภทกิจการ สปา สำหรับพื้นที่การให้บริการ<br>๕) ไม่เกิน ๑๐๐ ตร.ม.<br>๖) ไม่เกิน ๒๐๐ ตร.ม.<br>๗) ไม่เกิน ๔๐๐ ตร.ม.<br>๘) เกิน ๔๐๐ ตร.ม.                                     | ๑,๐๐๐<br>๓,๐๐๐<br>๖,๐๐๐<br>๑๐,๐๐๐ |

| ลำดับ | รายละเอียดค่าธรรมเนียม   | ค่าธรรมเนียม (บาท) |
|-------|--|--------------------|
| ๓.    | การชำระค่าธรรมเนียมรายปี ประเภทกิจการ นวดเพื่อสุขภาพ หรือ นวดเพื่อเสริมความงาม | ๕๐๐                |
| ๔.    | การชำระค่าธรรมเนียมรายปี ประเภทกิจการ สปา                                      | ๑,๐๐๐              |

#### ๑๖. ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) ช่องทางการร้องเรียน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ๖๒๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๕๕-๗๐๕๑๘๗
- ๒) ช่องทางการร้องเรียน [www.thaispa.go.th](http://www.thaispa.go.th) หรือ <http://m.facebook.com/Departmentofhealthservicesupport/>
- ๓) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / [www.๑๑๑๑.go.th](http://www.๑๑๑๑.go.th) / ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.๑๐๓๐๐
- ๔) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
- ๕) ทางไปรษณีย์ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

#### ๒๒. ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- ๑) คำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สพส.๓)
- ๒) คำขอชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สพส.๒๑)