

การยื่นขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
ประเภท กิจการสปา

1. ยื่นขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภท กิจการสปา ระหว่างวันที่
20 มกราคม – 2 กุมภาพันธ์ 2568 ได้ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เอกสารหลักฐานประกอบด้วย

- 1) รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 2 นิ้ว จำนวน 3 รูป (พร้อมระบุชื่อ-นามสกุลหลังรูปถ่าย)
- 2) แบบหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม ใบแจ้งการชำระเงินค่าธรรมเนียมใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ
ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ตามเอกสารแนบ)
- 3) การส่งหลักฐานตามข้อ 1 และข้อ 2 ทางไปรษณีย์ไทยเท่านั้น และระบุรายละเอียดการจัดส่ง ดังนี้

- ระบุที่อยู่ผู้รับเอกสาร

กลุ่มควบคุมกำกับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ชั้น 4
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเลขที่ 88/44 หมู่ 4 ซอยสาธารณสุข 8
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

- ระบุमुखของด้านบนขวาจดหมายตามข้อความด้านล่าง

หลักฐานการขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ (กิจการสปา)
ชื่อ-นามสกุล.....
และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

2. ยื่นขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภท กิจการสปา ตั้งแต่วันที่
3 กุมภาพันธ์ 2568 เป็นต้นไป ท่านสามารถยื่นเอกสารหลักฐานทาง <https://bizportal.go.th> เท่านั้น

Ref.2 รหัสตัวเลขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ประสงค์จะไปติดต่อขอรับใบอนุญาตฯ

จังหวัด	รหัสตัวเลข	จังหวัด	รหัสตัวเลข	จังหวัด	รหัสตัวเลข	จังหวัด	รหัสตัวเลข
กรุงเทพมหานคร	01	นครราชสีมา	21	พะเยา	41	สมุทรสงคราม	61
กระบี่	02	นครศรีธรรมราช	22	ภูเก็ต	42	สมุทรสาคร	62
กาญจนบุรี	03	นครสวรรค์	23	มหาสารคาม	43	สระแก้ว	63
กาฬสินธุ์	04	นนทบุรี	24	มุกดาหาร	44	สระบุรี	64
กำแพงเพชร	05	นราธิวาส	25	แม่ฮ่องสอน	45	สิงห์บุรี	65
ขอนแก่น	06	น่าน	26	ยะลา	46	สุโขทัย	66
จันทบุรี	07	บึงกาฬ	27	ยโสธร	47	สุพรรณบุรี	67
ฉะเชิงเทรา	08	บุรีรัมย์	28	ร้อยเอ็ด	48	สุราษฎร์ธานี	68
ชลบุรี	09	ปทุมธานี	29	ระนอง	49	สุรินทร์	69
ชัยนาท	10	ประจวบคีรีขันธ์	30	ระยอง	50	หนองคาย	70
ชัยภูมิ	11	ปราจีนบุรี	31	ราชบุรี	51	หนองบัวลำภู	71
ชุมพร	12	ปัตตานี	32	ลพบุรี	52	อ่างทอง	72
เชียงราย	13	พระนครศรีอยุธยา	33	ลำปาง	53	อุดรธานี	73
เชียงใหม่	14	พังงา	34	ลำพูน	54	อุทัยธานี	74
ตรัง	15	พัทลุง	35	เลย	55	อุตรดิตถ์	75
ตราด	16	พิจิตร	36	ศรีสะเกษ	56	อุบลราชธานี	76
ตาก	17	พิษณุโลก	37	สกลนคร	57	อำนาจเจริญ	77
นครนายก	18	เพชรบุรี	38	สงขลา	58		
นครปฐม	19	เพชรบูรณ์	39	สตูล	59		
นครพนม	20	แพร่	40	สมุทรปราการ	60		



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

company code : **98448**

*ชื่อลูกค้า/customer Name :

**Bill No/ Ref 1 :

***Ref.2 :

วันที่

จำนวนเงินที่ต้องชำระ / Amount : 1,000 บาท

(หนึ่งพันบาทถ้วน)

กรุณากรอกเอกสารนี้ให้ครบถ้วน แล้วนำไปชำระได้ที่ บมจ.ธนาคารกรุงไทย ได้ทุกสาขา



สาขาธนาคารกรุงไทยที่รับฝาก	วันที่
เงินสด / cash	จำนวนเงิน/ Amount
ยอดรวมจำนวนเงินที่ชำระ / Total Payment (ตัวอักษร)	จำนวนเงิน/ Amount

*ชื่อลูกค้า/customer Name : ชื่อของผู้ที่สอบผ่านการประเมินความรู้ความสามารถ ตามที่แจ้งในใบแจ้งผลฯ

**Bill No/ Ref 1 : คือเลขประจำตัวบัตรประชาชน

***Ref.2 : รหัสตัวเลขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ประสงค์จะไปติดต่อขอรับใบอนุญาตฯ