**สพส ชม 10**

**แบบแจ้งรายชื่อผู้ให้บริการเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ**

**ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สำหรับผู้ประกอบการฯ)**

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว................................................นามสกุล.............................................เจ้าของกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ชื่อสถานประกอบการ คือ(ภาษาไทย)...................................................................(ภาษาอังกฤษ).................................................................

ตั้งอยู่เลขที่........................................ตำบล........................................อำเภอ..............................จังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์.........................................................................มือถือ............................................................................

□ ได้รับการรับรองมาตรฐานแล้ว □ รอรับการตรวจฯ □ อยู่ระหว่างยื่นคำขอใบอนุญาต

ขอแจ้งรายชื่อผู้ให้บริการ ที่สมัครงาน และ ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ ดังนี้

1. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

2. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

3. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

4. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

5. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ดำเนินการตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน คุณสมบัติเบื้องต้น และทดสอบ ความสามารถในการปฏิบัติงานแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และได้นำใบคำขอ พร้อมหลักฐานของผู้ให้บริการเพื่อตรวจสอบ และนัดหมาย วันเวลาขึ้นทะเบียน ต่อไป

**ลงชื่อ...............................................................ผู้ประกอบการ/ผู้แทน**

**(.........................................................................)**

(**สำหรับเจ้าหน้าที่)**

□. **เอกสารครบถ้วน** จำนวน..............ราย

นัดผู้ให้บริการขึ้นทะเบียน วันอังคารที่...................เวลา 10.00 น – 12.00 น

ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

(ผู้ให้บริการ นำ บัตรประชาชน และ ใบวุฒิด้านการนวด ฉบับจริงแสดงต่อเจ้าหน้าที่)

□ **เอกสารไม่ครบถ้วน** จำนวน..................ราย ผู้ให้บริการ นำมาเพิ่มเติมในวันที่ นัดขึ้นทะเบียน

□ **นัดรับใบรับรอง (หลังวันขึ้นทะเบียน 30 วัน)** วันอังคาร ที่................เวลา 14.00 น - 15.00 น

ลงชื่อ.............................................................ผู้ตรวจสอบ

-2-

-2-

5. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

6. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

7. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

8 นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

9. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

10. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

11. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

12. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

13. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

14. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

15. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

16. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

17. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

18. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

19. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

20. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

21. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

22. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

23. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

24. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

25. นาย/นาง/นางสาว..........................................................นามสกุล.............................................................

**ลงชื่อ...............................................................ผู้ประกอบการ/ผู้แทน**

**(.........................................................................)**

**เรียงเอกสารสำหรับการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ**

1. คำขอขึ้นทะเบียน + รูปถ่าย 1 นิ้ว 2 ใบ (รูปถ่าย ไม่เกิน 6 เดือน ใส่ซองและให้เขียนชื่อด้านหลังรูปถ่าย) 2. สำเนาใบวุฒินวด

3. สำเนาบัตรประชาชน

4. สำเนาทะเบียนบ้าน

5.สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล/ใบทะเบียนสมรส

6. สำเนา Work Permit (ถ้ามี)

7 ใบรับรองแพทย์ **ตัวจริง**

**ตัวจริงถือแยกเพื่อตรวจสอบ**

1. ใบวุฒินวด

2. บัตรประชาชน

3. สำเนา Work Permit (ถ้ามี)