|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ประเภท  กิจการสปา  กิจการนวดเพื่อสุขภาพ  กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม  กิจการอื่นตามที่กำหนดใน  กฎกระทรวง ……………………… | logo(1)  เลขที่รับ……………………………….  วันที่…………………………………  ลงชื่อ………………………ผู้รับคำขอ | สพส. 4 |  |

คำขอโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เขียนที่ ………………………………………………..

……………………………..………………..

วันที่ …….. เดือน ….……………. พ.ศ. ….…..

๑. ข้าพเจ้า (ผู้โอน)

๑.๑ ชื่อ ………………………………………………………………………………………………………………..

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

สัญชาติ ………………………..……..… อายุ …………………… ปี

๑.๒ นิติบุคคล………..……………….…………………………….……………………………………………….

โดย (๑) ……………………………………………………………………………………………..………………..………………….…………..

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

(๒) ………………………………………………………………………………………………….………..…………………………………….….

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

และ (3) …………………………………………………………………………………………..………………..………………….…………..

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

เป็นผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต เป็นนิติบุคคลประเภท ………………………..…………….……….

จดทะเบียนเมื่อ…………………………….………...……..…..เลขทะเบียน …….……………………………………….……………….

2. ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติ

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ตามใบอนุญาตเลขที่ .................................................................

เป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภท

กิจการสปา กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม

กิจการนวดเพื่อสุขภาพ กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

โดยใช้ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นภาษาไทย ว่า ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี) ว่า …………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

สถานที่ตั้งอยู่เลขที่ ……………..….…….. หมู่ที่ ……………………………… ซอย/ตรอก …………….....………………….....

ถนน ……..............................……………ตำบล/แขวง ….………….……….อำเภอ/เขต …………..……..………….………..

จังหวัด ………………………………….รหัสไปรษณีย์….……………………………………………………………………….……….…

โทรศัพท์ ….………………………..…..…………โทรสาร……………………………………………………………..…..……………….

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์………………………………………………….………………………….………………………………………..

ช่องทางการติดต่อทางอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ........................................................................................................

วัน/เวลาที่เปิดให้บริการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) ………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………

3. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ดังกล่าวข้างต้น ให้แก่

๑.๑ ชื่อ ………………………………………………………………………………………………………………..

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

สัญชาติ ………………………..……..… อายุ …………………… ปี

๑.๒ นิติบุคคล………..……………….…………………………….……………………………………………….

โดย (๑) ……………………………………………………………………………………………..………………..………………….…………..

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

(๒) …………………………..…………………………………………………………………………….……………………………………….….

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

และ (3) ………………………………………………………………………………………………….……………………………………….….

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

เป็นผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต เป็นนิติบุคคลประเภท ………………………..…………….……….

จดทะเบียนเมื่อ…………………………….………...……..…..เลขทะเบียน …….……………………………………….……………….

4. พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน ............... ฉบับ คือ

ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน

ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน (ออกให้ไม่เกินหกเดือนนับถึงวันยื่น)

เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์

สำเนาหนังสือรับรองหรือหลักฐานการเป็นนิติบุคคล ซึ่งแสดงรายการเกี่ยวกับชื่อ วัตถุประสงค์ ที่ตั้งสำนักงาน และผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคลที่เป็นปัจจุบัน

เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของอาคาร สถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือหนังสือแสดงความยินยอมของเจ้าของอาคารหรือสถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือหลักฐานการแสดงกรรมสิทธิ์ของอาคารหรือสถานที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอไม่ใช่เจ้าของอาคารหรือสถานที่ตั้ง จำนวน 1 ฉบับ

เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) .................................................

5 . ข้าพเจ้าผู้รับโอนขอรับรองว่า เป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

ลงชื่อ………….………………………………………….ผู้โอน

(……….…………….………….……………………)

ลงชื่อ………….………………………………………….ผู้รับโอน

(……….…………….………….……………………)