****

(1) ใบอนุญาตสถานประกอบการ

ประเภท  กิจการสปา

 กิจการนวดเพื่อสุขภาพ

 กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม

 กิจการอื่นตามที่กำหนดใน

(2) ใบอนุญาตผู้ดำเนินการ

กฎกระทรวง ………………………

สพส. 17

เลขที่รับ ..........................

วันที่รับ ...........................

ลงชื่อ ...................ผู้รับคำขอ

**แบบคำขอชำระค่าธรรมเนียม**

**ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559**

เขียนที่............................................................................... วันที่........... เดือน..................................... พ.ศ. .............................…

1. ข้าพเจ้า 1.1 ชื่อ...................................................................................................................................................................

บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

สัญชาติ...............................อายุ..........ปี ซึ่งเป็นผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีเป็นผู้รับมอบอำนาจต้องแนบใบมอบอำนาจด้วย)

1.2 นิติบุคคล........................................................................................................................................... โดย (1) ................................................................................................................................................................ บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

(2) ........................................................................................................................................................................บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

และ (3) ..................................................................................................................................................................บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

เป็นผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขอชำระค่าธรรมเนียม เป็นนิติบุคคลประเภท.............................................. จดทะเบียนเมื่อ......................................................เลขทะเบียน.................................................................................

2. ข้อมูลใบอนุญาต (แล้วแต่กรณี)

(1) ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ตามใบอนุญาตเลขที่...........................................................................................ขนาดพื้นที่การให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ...............................................ตารางเมตร

(2) ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตดำเนินการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ตามใบอนุญาตเลขที่...........................................................................................

3. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอชำระค่าธรรมเนียมตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ดังนี้

ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นเงิน.......................บาท

ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นเงิน 1,000 บาท

ค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นเงิน..............บาท

ค่าธรรมเนียมใบแทนใบอนุญาตเป็นเงิน 300 บาท

ค่าธรรมเนียมการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาตเป็นเงิน 300 บาท

ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประจำปี...........เป็นเงิน...............บาท

ลงชื่อ.....................................................ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ

(....................................................)