กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

แบบแสดงความจำนงขอรับรองมาตรฐานการนวดไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า ชื่อ .....

บัตรประจำตัวประชาชนหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๒. ที่อยู่ที่ติดต่อได้ เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

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

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร ..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ .....

๓. ชื่อ สถานบริการ/สถานประกอบการ/สถานพยาบาล ที่ขอรับรองมาตรฐานการนวดไทย

☐ สถานบริการ ชื่อ (ภาษาไทย) .....

ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) .....

☐ สถานประกอบการ ชื่อ (ภาษาไทย) .....

ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) .....

☒ สถานพยาบาล ชื่อ (ภาษาไทย) .....

ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) .....

๔. ได้รับอนุญาตจาก .....ใบอนุญาตเลขที่.....

ได้รับเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๕. ที่ตั้งของสถานบริการ/สถานประกอบการ/สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต .....จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ .....

๖. วัน/เวลาที่เปิดให้บริการ .....

.....

๗. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๗.๑ แบบแสดงความจำนงขอรับรองมาตรฐานการนวดไทย จำนวน ๑ ฉบับ

๗.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริการ/สถานประกอบการด้านการนวดไทย/สถานพยาบาล ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน ๑ ฉบับ

๗.๓ สำเนาใบวุฒิด้านการนวดของผู้ให้บริการทุกคน คนละ ๑ ฉบับ

๗.๔ แบบประเมินตนเองเพื่อขอรับรองมาตรฐานการนวดไทย จำนวน ๑ ฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้ขอรับรองมาตรฐาน

(.....)