

ทะเบียนบัญชีรายชื่อผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถานประกอบการ.....ประเภทสถานประกอบการ ☐ กิจการสปา ☐ กิจการนวดเพื่อสุขภาพ ☐ กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม  
เลขที่ตั้ง.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
จำนวนพนักงานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน.....คน

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลผู้ให้บริการ

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | อายุ | เลขที่ใบรับรอง | หลักสูตรที่จบ*    |                   |                                  |                      |                                      |               | หมายเหตุ |
|-------|-------------|------|----------------|-------------------|-------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------------------|---------------|----------|
|       |             |      |                | นวดเท้า<br>๖๐ ชม. | นวดไทย<br>๑๕๐ ชม. | นวดน้ำมัน<br>หอมระเหย<br>๑๕๐ ชม. | นวดสรีดิก<br>๑๕๐ ชม. | การบริการ<br>เพื่อความงาม<br>๑๕๐ ชม. | หลักสูตรอื่นๆ |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |

\*ให้ทำเครื่องหมายถูกลงในช่องตามหลักสูตรที่จบ

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

แผ่นที่.....

**ส่วนที่ ๒** ข้อมูลผู้ให้บริการ (ต่อ)

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | อายุ | เลขที่ใบรับรอง | หลักสูตรที่จบ     |                   |                                  |                      |                                      |               | หมายเหตุ |
|-------|-------------|------|----------------|-------------------|-------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------------------|---------------|----------|
|       |             |      |                | นวดเท้า<br>๖๐ ชม. | นวดไทย<br>๑๕๐ ชม. | นวดน้ำมัน<br>หอมระเหย<br>๑๕๐ ชม. | นวดสรีดิก<br>๑๕๐ ชม. | การบริการ<br>เพื่อความงาม<br>๑๕๐ ชม. | หลักสูตรอื่นๆ |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |
|       |             |      |                |                   |                   |                                  |                      |                                      |               |          |

\*ให้ทำเครื่องหมายถูกลงในช่องตามหลักสูตรที่จบ

สรุปจำนวนผู้ให้บริการที่จบหลักสูตร

๑. นวดเท้า ๖๐ ชม. ....คน
๒. นวดไทย ๑๕๐ ชม. ....คน
๓. นวดน้ำมันหอมระเหย ๑๕๐ ชม. ....คน

๔. นวดสรีดิก ๑๕๐ ชม. ....คน
๕. การบริการเพื่อความงาม ๑๕๐ ชม. ....คน
๖. หลักสูตรอื่นๆ ....คน

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

แผ่นที่.....