



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

### คำขอรับการรับรองหลักสูตร

สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ที่ผลิตผู้ดำเนินการหรือผู้ให้บริการ  
หลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพในความรับรองของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หลักเกณฑ์ : ให้ยื่นแบบแสดงความจำนงครั้งละ ๑ ชุดๆ ละ ๑ หลักสูตร  
: ถ้าประสงค์ขอรับการรับรองหลายหลักสูตร ให้แยกขอเป็นรายหลักสูตร

๑. ชื่อ-สกุลผู้ขอ/หรือนิติบุคคล/บุคคลที่ได้รับมอบหมาย.....  
.....
๒. ชื่อสถาบันการศึกษา/หน่วยงาน/องค์กร .....  
.....  
ชื่อภาษาอังกฤษ (ถ้ามี).....  
.....
๓. สถานที่ตั้ง.....  
.....
๔. หมายเลขโทรศัพท์ ..... หมายเลขโทรสาร.....  
E-mail.....
๕. ประเภทสถาบันการศึกษา/หน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ที่ขอรับรองหลักสูตร  
 หน่วยงานราชการ ต้นสังกัด.....  
 สถาบันการศึกษาภาครัฐ  
 โรงเรียนเอกชนที่ได้รับอนุมัติจากกระทรวงศึกษาธิการ  
 มูลนิธิ/สมาคม (องค์กรที่ไม่แสวงหาผลประโยชน์)  
 สถาบันการศึกษาภาคเอกชน

๖. หลักสูตรที่ประสงค์ขอรับการรับรอง

- ๖.๑ หลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง
- ๖.๒ หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง
- ๖.๓ หลักสูตรผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ ๑๐๐ ชั่วโมง
- ๖.๔ หลักสูตรผู้ให้บริการสปาเพื่อสุขภาพ ๕๐๐ ชั่วโมง
- ๖.๕ หลักสูตรการดูแลสุขภาพและความงามสตรีหลังเรือนไฟ ๑๕๐ ชั่วโมง
- ๖.๖ หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเห็น ๒๕๕ ชั่วโมง
- ๖.๗ หลักสูตรการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ๑๕๐ ชั่วโมง
- ๖.๘ หลักสูตรการนวดสวีดิช ๑๕๐ ชั่วโมง
- ๖.๙ หลักสูตรการบริการเพื่อความงาม ๑๕๐ ชั่วโมง
- ๖.๑๐ หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๐๐ ชั่วโมง ต่อยอด ๖๐/๘๐ ชั่วโมง  
(เทียบเท่าหลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง)
- ๖.๑๑ หลักสูตรนวดเพื่อสุขภาพขั้นสูง ๖๐๐ ชั่วโมง
- ๖.๑๒ หลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเห็น ๘๐ ชั่วโมง
- ๖.๑๓ หลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ๑๓๐ ชั่วโมง
- ๖.๑๔ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๔๒๐ ชั่วโมง
- ๖.๑๓ ระบุ.....

๗. ชื่อวุฒิการศึกษาของผู้สำเร็จการศึกษา/อบรม หลักสูตรนี้

.....  
.....

(โปรดแนบสำเนาตัวอย่างใบแสดงวุฒิการศึกษาแนบท้าย)

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

วัน/เดือน/ปี .....

ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ  
(.....)

วัน/เดือน/ปี .....