

## เอกสารการสมัครขอรับการตรวจประเมินรับรองเป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center)

### กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. ผู้ยื่นขอประเมิน กรองข้อมูลเบื้องต้นของสถานประกอบการ ในหมวดที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของสถานประกอบการ
2. ผู้ยื่นขอประเมิน ทำแบบประเมินสถานประกอบการให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center) โดยการใส่เครื่องหมาย (v) ในช่องผู้ยื่นขอประเมิน ด้วยตนเองแล้ว ในหมวดที่ ๒ แบบประเมิน
3. เตรียมข้อมูลรายละเอียด, รูปภาพ หรือวีดิทัศน์ ตามเกณฑ์การประเมิน ของประเภทกิจการที่ขอเข้ารับการตรวจประเมินทุกข้อ เพื่อประกอบการพิจารณา ในหมวดที่ ๑ ตัวอย่างเอกสารแนบประกอบ

### หมวดที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของสถานประกอบการ

๑. ชื่อสถานประกอบการ โปรดระบุให้ชัดเจนเพื่อจัดทำประกาศนียบัตร

ชื่อสถานประกอบการ (ภาษาไทย).....

ชื่อสถานประกอบการ (ภาษาอังกฤษ).....

๒. ประเภทสถานประกอบการ ที่ขอรับการตรวจประเมิน (๑ ประเภทกิจการ/๑ ใบสมัคร)

- ที่พักนักท่องเที่ยว (โรงแรม รีสอร์ท) (Wellness Accommodation)
- ภัตตาคาร (ร้านอาหาร) (Wellness Restaurant)
- นวดเพื่อสุขภาพ (Wellness Massage)
- สปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa)
- สถานพยาบาล (Wellness Clinic)

๓. ชื่อผู้ประกอบการ.....

๔. สถานที่ตั้ง/ที่อยู่ สถานประกอบการ.....

๕. เบอร์โทรศัพท์สถานประกอบการ (ถ้ามี).....

๖. อีเมล สถานประกอบการ (ถ้ามี).....

๗. ID Line ของสถานประกอบการ (ถ้ามี).....

๘. ช่องทางอื่น ๆ สถานประกอบการ (ถ้ามี).....

๙. ประกาศนียบัตรศูนย์เวลเนส (Wellness Center) ที่ขอรับ กรุณาเลือก

- ประกาศนียบัตร ภาษาไทย
- ประกาศนียบัตร ภาษาอังกฤษ
- ประกาศนียบัตร ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

๑๐. ชื่อ ผู้ประสานงาน/ผู้ยื่นขอประเมิน.....

๑๑. ID Line ผู้ประสานงาน/ผู้ยื่นขอประเมิน.....

๑๒. เบอร์โทรศัพท์ ผู้ประสานงาน/ผู้ยื่นขอประเมิน.....

ลงนาม ..... ผู้ยื่นขอประเมิน

(.....)

ณ วันที่.....

## หมวดที่ ๒ แบบประเมิน

### แบบประเมินสถานประกอบการให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center)

#### ประเภทที่พักนักท่องเที่ยว (Wellness Accommodation)

เป็นโรงแรม หรือรีสอร์ท ที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย และผ่านเกณฑ์การประเมิน มาตรฐาน  
ที่พักเพื่อการท่องเที่ยว ประเภทมาตรฐานโรงแรม หรือรีสอร์ท ระดับ 3 ดาวขึ้นไป ตามมาตรฐานของกรมการ  
ท่องเที่ยว กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา หรือตามมาตรฐานสมาคมโรงแรมไทย

สถานประกอบการ ..... จังหวัด.....

๒.๑ ผู้ยื่นขอประเมิน ทำแบบประเมินสถานประกอบการให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center)  
โดยการ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องผู้ยื่นขอประเมิน ด้วยตนเอง

๒.๒ เจ้าหน้าที่ ทำแบบประเมินสถานประกอบการให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center) โดยการ  
ใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน  | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|--|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|  | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| <b>1. สถานที่ตั้ง สภาพแวดล้อม สิ่งก่อสร้างทั่วไป และที่จอดรถ</b>                             |                  |       |                   |       |          |
| <b>1.1 สถานที่ตั้ง และการเดินทาง</b>   |                  |       |                   |       |          |
| 1) สถานที่ตั้งอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับประเภทของที่พัก                                  |                  |       |                   |       |          |
| 2) การเดินทางปลอดภัยและสะดวก   |                  |       |                   |       |          |
| <b>1.2 ป้ายชื่อ หรือสัญลักษณ์</b>  |                  |       |                   |       |          |
| 1) มีป้ายชื่อ หรือสัญลักษณ์ของที่พักแสดงอย่างชัดเจน ไม่ชำรุด พร้อมไฟ ส่องสว่างในเวลาากลางคืน |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีป้ายชื่อหลักเป็นภาษาไทยเห็นได้ชัดอยู่ด้านบนภาษาต่างประเทศ                               |                  |       |                   |       |          |
| <b>1.3 สภาพแวดล้อมและสิ่งก่อสร้างทั่วไป</b>  |                  |       |                   |       |          |
| 1) มีภูมิทัศน์ หรือตกแต่งบริเวณด้านหน้าและโดยรอบที่พัก สะอาด พร้อมไฟส่องสว่างในเวลาากลางคืน  |                  |       |                   |       |          |
| 2) สิ่งก่อสร้างทั่วไปอยู่ในสภาพดี สะอาด ปลอดภัย พร้อมไฟส่องสว่างในเวลาากลางคืน               |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน                                | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|--|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|  | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| <b>1.4 ที่จอดรถ และบริการ รับ - ส่ง</b>                            |                  |       |                   |       |          |
| 1) มีที่จอดรถรับ - ส่งผู้เข้าพัก ปลอดภัย ภายใต้สิ่งปกคลุม          |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีการจัดทางสัญจรของรถ และคนเดินเท้าที่สะดวก ปลอดภัย             |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีการระบายอากาศที่ดี (กรณีเป็นอาคารจอดรถ)                       |                  |       |                   |       |          |
| 4) มีแสงสว่าง และไฟส่องสว่างเพียงพอในเวลากลางคืน                   |                  |       |                   |       |          |
| <b>2. โถงต้อนรับ ห้องสุขา ลิฟท์ และทางสัญจรภายในอาคาร</b>          |                  |       |                   |       |          |
| <b>2.1 โถงต้อนรับ</b>  |                  |       |                   |       |          |
| 1) พื้น ผนัง และเพดานอยู่ในสภาพดี สะอาด มีการตกแต่งอย่างดี         |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีการระบายอากาศที่ดี  |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีการออกแบบแสง และระบบเสียงที่เหมาะสม                           |                  |       |                   |       |          |
| 4) แยกบริเวณสูบบุหรี่ โดยต้องมีป้ายห้ามสูบบุหรี่ แสดงอย่างชัดเจน   |                  |       |                   |       |          |
| 5) มีพื้นที่นั่งพักคอย หรือบริการอเนกประสงค์ที่อยู่ในสภาพดี        |                  |       |                   |       |          |
| 6) มีข้อมูลบริเวณรอบที่พักบริการ เช่น แผนที่บริเวณที่พัก           |                  |       |                   |       |          |
| 7) มีโทรศัพท์ที่สามารถโทรทั้งภายในและต่างประเทศ                    |                  |       |                   |       |          |
| 8) มีบริการอินเทอร์เน็ต หรือระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน   | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|---|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|   | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| 9) มีหนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับ และบริการให้ข้อมูลที่น่าสนใจ                    |                  |       |                   |       |          |
| 10) มีสื่อเรียนรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสม     |                  |       |                   |       |          |
| <b>2.2 ห้องสุขา</b>   |                  |       |                   |       |          |
| 1) อยู่ในบริเวณและระยะที่ใช้ได้สะดวก ปลอดภัย สะอาด และไม่รบกวนพื้นที่ใช้สอยอื่น ๆ |                  |       |                   |       |          |
| 2) แยกห้องสุขาชาย - หญิง  |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น และปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์  |                  |       |                   |       |          |
| 4) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ  |                  |       |                   |       |          |
| 5) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่ลื่น และระบายน้ำได้ดี                               |                  |       |                   |       |          |
| 6) ผนัง และเพดาน อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 7) ประตู และอุปกรณ์ อยู่ในสภาพดี และสะอาด   |                  |       |                   |       |          |
| 8) ขนาดมีความเหมาะสม  |                  |       |                   |       |          |
| 9) ความสูงของเพดานมีความเหมาะสม   |                  |       |                   |       |          |
| 10) มีโถส้วมแบบนั่งราบที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด                           |                  |       |                   |       |          |
| 11) มีโถปัสสาวะชายที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด                               |                  |       |                   |       |          |
| 12) มีอ่างล้างมือพร้อมกระจกเงาที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด                   |                  |       |                   |       |          |
| 13) มีสบู่ในภาชนะที่สะอาดบริเวณอ่างล้างมือ  |                  |       |                   |       |          |
| 14) มีกระดาษชำระในภาชนะสะอาดพร้อมใช้  |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน   | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|---|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|   | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| งานในห้องสุขาทุกห้อง  |                  |       |                   |       |          |
| 15) มีฝักฉีดชำระที่สะอาด พร้อมใช้งานในห้องสุขาทุกห้อง   |                  |       |                   |       |          |
| 16) มีถุงใส่ผ้าอนามัย (Sanitary Bag) ในห้องสุขาหญิงทุกห้อง  |                  |       |                   |       |          |
| 17) มีถังขยะที่สะอาดบริเวณอ่างล้างมือและในห้องสุขาทุกห้อง   |                  |       |                   |       |          |
| 18) มีห้องสุขาซึ่งมีองค์ประกอบและอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ อย่างน้อย 1 ห้อง  |                  |       |                   |       |          |
| 19) มีพื้นที่เพียงพอต่อการใช้ประโยชน์ ไม่อึดอัดหรือคับแคบ   |                  |       |                   |       |          |
| <b>2.3 ลิฟท์ (กรณีที่มีอาคารสูงมากกว่า 4 ชั้น)</b>  |                  |       |                   |       |          |
| 1) อยู่ในบริเวณ และระยะที่ใช้ได้สะดวก โถงลิฟท์มีพื้นที่เพียงพอแก่การใช้งาน  |                  |       |                   |       |          |
| 2) ลิฟท์มีจำนวนและขนาดเพียงพอแก่การใช้งาน   |                  |       |                   |       |          |
| 3) เป็นลิฟท์ที่มีคุณภาพอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะอาดและได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ โดยผู้ชำนาญการ |                  |       |                   |       |          |
| 4) โถงลิฟท์มีสัญลักษณ์ระบุชั้นทุกชั้น เห็นได้ชัดเจนแม้ในเวลากลางคืน   |                  |       |                   |       |          |
| 5) โถงลิฟท์และภายในลิฟท์มีการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่าง และไฟส่องสว่างเพียงพอ   |                  |       |                   |       |          |
| 6) ภายในลิฟท์มี Emergency Call หรือ Bell (ระบบสัญญาณแจ้งเหตุ) ที่อยู่ในสภาพ ใช้งานได้ดี   |                  |       |                   |       |          |
| 7) มีระบบควบคุมการทำงานของลิฟท์ในกรณี   |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน  | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|--|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|  | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| ฉุกเฉินเมื่อไฟฟ้าดับขณะใช้ลิฟท์ที่ใช้งาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ   |                  |       |                   |       |          |
| <b>3. ห้องพัก (รวมทางเดิน ระเบียง และห้องน้ำในห้องพัก)</b>   |                  |       |                   |       |          |
| <b>3.1 ทางเดิน หรือระเบียงนอกห้องพัก (ทุกชั้น)</b>   |                  |       |                   |       |          |
| 1) พื้น ผนัง เพดานและราวระเบียงอยู่ในสภาพดี สะอาด ปลอดภัย มีการตกแต่งอย่างดี   |                  |       |                   |       |          |
| 2) ความสูงและความกว้างของเพดานมีความเหมาะสม  |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีระบบการระบายอากาศที่ดี (กรณีที่เป็นอาคารที่มีทางเดินอยู่ภายในอาคารและมีห้องต่าง ๆ อยู่ทั้งสองข้าง (Double Loading Corridor)                                     |                  |       |                   |       |          |
| 4) มีแสงสว่างและมีไฟส่องสว่างเพียงพอ รวมถึงการออกแบบเหมาะสมแก่การใช้งาน  |                  |       |                   |       |          |
| 5) มีแผนผังทางหนีไฟ หรือป้ายทางหนีไฟ และทางออกฉุกเฉินเรืองแสงที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี แสดงไว้ชัดเจน (ยกเว้นกรณีเป็นบ้านพัก)  |                  |       |                   |       |          |
| 6) มีไฟส่องสว่างฉุกเฉินที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี  |                  |       |                   |       |          |
| 7) มี Smoke Detector หรือ Heat Detector ที่ใช้งานได้มีประสิทธิภาพ เพียงพอ และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม (กรณีที่เป็น Double Loading Corridor และอาคารสูงมากกว่า 2 ชั้น) |                  |       |                   |       |          |
| 8) หมายเลขห้องไม่ซ้ำชุด เห็นได้ชัดเจนแม้ในเวลากลางคืน  |                  |       |                   |       |          |
| <b>3.2 องค์กรประกอบภายในห้องพัก</b>  |                  |       |                   |       |          |
| 1) ประตู และอุปกรณ์ทั่วไปอยู่ในสภาพดี และสะอาด   |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน  | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|--|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|  | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| 2) มีโซ่คล้องประตู หรือสิ่งทดแทน ที่อยู่ในสภาพดี และมีประสิทธิภาพ  |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีตาแมว หรือสิ่งทดแทน ที่อยู่ในสภาพดี และมีประสิทธิภาพ  |                  |       |                   |       |          |
| 4) มีแผนผังทางหนีไฟหรือป้ายทางหนีไฟเรืองแสง ที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี แสดงไว้ชัดเจน   |                  |       |                   |       |          |
| 5) มีอุปกรณ์ควบคุมการใช้ไฟฟ้า เซฟตี้คัท เมื่อไม่อยู่ในห้องพักที่อยู่ในสภาพดี และมีประสิทธิภาพ  |                  |       |                   |       |          |
| 6) มีปลั๊ก สำหรับอุปกรณ์ไฟฟ้าอย่างน้อย 1 จุด ที่อยู่ในสภาพดี และมีประสิทธิภาพ  |                  |       |                   |       |          |
| 7) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด   |                  |       |                   |       |          |
| 8) ผนัง อยู่ในสภาพดี สะอาด   |                  |       |                   |       |          |
| 9) เพดานอยู่ในสภาพดี สะอาด   |                  |       |                   |       |          |
| 10) ช่องแสง หน้าต่าง และอุปกรณ์ อยู่ในสภาพดี สะอาด   |                  |       |                   |       |          |
| 11) ม่านอยู่ในสภาพดี และสะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 12) มีการระบายอากาศที่ดี พร้อมระบบปรับอากาศสภาพดี มีประสิทธิภาพ ไม่มีเสียงรบกวน  |                  |       |                   |       |          |
| 13) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณประตู โຕะทำงาน และหัวเตียง   |                  |       |                   |       |          |
| 14) มีสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ  |                  |       |                   |       |          |
| <b>3.3 เฟอร์นิเจอร์ในห้องพัก</b>   |                  |       |                   |       |          |
| 1) มีเฟอร์นิเจอร์ เช่น โຕะเครื่องแป้ง เตียง หมอน ผ้าปูเตียง อยู่ในสภาพดี สะอาด แข็งแรง และปลอดภัย ไม่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตราย |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน  | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|--|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|  | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| 2) จัดที่วางสัมภาระอย่างเพียงพอและอยู่ในสภาพดี สะอาด แข็งแรง และปลอดภัย ไม่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตราย |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีขนาดเตียง ตู้ หรือชั้นวางเสื้อผ้าที่เหมาะสม   |                  |       |                   |       |          |
| 4) ของใช้ เช่น แก้วน้ำ ถังขยะ อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 5) มีการตกแต่งบริเวณหัวเตียงให้ปลอดภัยที่อยู่ในสภาพดี มีรูปแบบเหมาะสม  |                  |       |                   |       |          |
| <b>3.4 เครื่องใช้ไฟฟ้าในห้องพัก</b>  |                  |       |                   |       |          |
| 1) มีโทรทัศน์ที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี  |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีตู้เย็น อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีโทรศัพท์ให้สามารถโทรติดต่อภายใน โทรทางไกล ทั้งในและต่างประเทศได้โดยตรง หรือผ่านโอเปอร์เรเตอร์           |                  |       |                   |       |          |
| 4) มีเมนูอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับให้บริการ Room Service  |                  |       |                   |       |          |
| <b>3.5 ห้องน้ำในห้องพัก</b>  |                  |       |                   |       |          |
| 1) ประตู หรือทางเข้า และอุปกรณ์อยู่ในสภาพดี และสะอาด   |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีการระบายอากาศที่ดี มีประสิทธิภาพ สะอาด และไม่มีเสียงรบกวน   |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ   |                  |       |                   |       |          |
| 4) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่ลื่น และระบายน้ำได้ดี  |                  |       |                   |       |          |
| 5) ผนัง อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 6) เพดาน อยู่ในสภาพดี และสะอาด   |                  |       |                   |       |          |



| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน  | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|--|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|  | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| 7) ขนาดมีความเหมาะสม   |                  |       |                   |       |          |
| 8) ความสูงของเพดานมีความเหมาะสม  |                  |       |                   |       |          |
| 9) มีฝักบัวอาบน้ำ หรืออ่างอาบน้ำ และอุปกรณ์พร้อมม่าน หรือผนังกันที่ อยู่ในสภาพดี สะอาด |                  |       |                   |       |          |
| 10) มียางกันลื่นในอ่างอาบน้ำ หรือสิ่งทดแทนที่อยู่ในสภาพดี และสะอาด                     |                  |       |                   |       |          |
| 11) มีระบบควบคุมอุณหภูมิน้ำที่อยู่ในสภาพดี มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย                    |                  |       |                   |       |          |
| 12) มีไม้เท้าผอมที่ใช้งานได้ดีหรือขอยืมได้จากที่พัก                                    |                  |       |                   |       |          |
| 13) มีพื้นที่แห้งสำหรับแต่งตัว   |                  |       |                   |       |          |
| 14) มีเก้าอี้แบบนั่งราบที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี สะอาด และเสียงเบา                      |                  |       |                   |       |          |
| 15) มีอ่างล้างมือพร้อมกระจกเงา ที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด                       |                  |       |                   |       |          |
| 16) มีราวพาดผ้าเช็ดตัวอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เปียกน้ำ                                      |                  |       |                   |       |          |
| 17) มีผ้าเช็ดตัวผืนใหญ่ที่อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 18) มีผ้าเช็ดหน้าที่อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 19) มีผ้าเช็ดเท้าที่อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 20) มีกระดาษชำระในภาชนะที่สะอาด ไม่เปียกน้ำ  |                  |       |                   |       |          |
| 21) มีฝักฉีดชำระที่สะอาด พร้อมใช้งาน   |                  |       |                   |       |          |
| 22) มีถุงใส่ผ้าอนามัย (Sanitary Bag) ในห้องพักทุกห้อง                                  |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน   | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|---|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|   | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| 23) มีหมวดกลุ่มอาบน้ำที่สะอาด   |                  |       |                   |       |          |
| 24) มีแก้วน้ำที่สะอาด   |                  |       |                   |       |          |
| 25) มีสบู่ หรือสบู่เหลวในภาชนะที่สะอาด น้ำไม่ขัง  |                  |       |                   |       |          |
| 26) มีแชมพูสระผม ในภาชนะที่สะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 27) มีถังขยะที่สะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| <b>4. ห้องอาหาร และห้องครัว</b>   |                  |       |                   |       |          |
| <b>4.1 ห้องอาหาร</b>  |                  |       |                   |       |          |
| 1) พื้น ผนัง และเพดานอยู่ในสภาพดี สะอาด   |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีการระบายอากาศที่ดี   |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่แสดงไว้ชัดเจน  |                  |       |                   |       |          |
| 4) เพอร์นิเจอร์อยู่ในสภาพดี สะอาด แข็งแรง และปลอดภัย ไม่มีความเสี่ยง ที่จะทำให้เกิดอันตราย            |                  |       |                   |       |          |
| 5) ภาชนะ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบถ้วน อยู่ในสภาพดี สะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 6) มีผ้าปูโต๊ะ หรือที่รองจานที่สะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 7) มีผ้าหรือกระดาษเช็ดปากในภาชนะที่สะอาด  |                  |       |                   |       |          |
| 8) มีรายการอาหาร และเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ และระบุราคาแสดงอย่างชัดเจน                                 |                  |       |                   |       |          |
| <b>4.2 ห้องครัว</b>   |                  |       |                   |       |          |
| 1) อยู่ในบริเวณและระยะที่สามารถบริการพื้นที่รับประทานอาหารได้อย่างสะดวกและไม่รบกวนพื้นที่ใช้สอยอื่น ๆ |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีเส้นทางขนส่งวัตถุดิบและขยะที่สะดวก ถูกสุขอนามัย และแยกจาก ทางสัญจรของผู้ใช้บริการ                |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน  | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|--|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|  | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| 3) ทางเข้า - ออก และช่องระบายอากาศอยู่ในสภาพดี สะอาด สามารถป้องกันแมลง และสัตว์พาหะต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ |                  |       |                   |       |          |
| 4) พื้นที่ปลอดโปร่ง  |                  |       |                   |       |          |
| 5) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่ลื่น ระบายน้ำได้ดี ทำความสะอาดง่าย   |                  |       |                   |       |          |
| 6) ผนัง และเพดานอยู่ในสภาพดี สะอาด ทำความสะอาดง่าย   |                  |       |                   |       |          |
| 7) มีการระบายอากาศที่ดี มีประสิทธิภาพ และสะอาด (โดยเฉพาะบริเวณเตา)   |                  |       |                   |       |          |
| 8) มีการป้องกันควัน กลิ่น เสียงและความร้อนได้ดี ระหว่างห้องครัว และพื้นที่รับประทานอาหาร                       |                  |       |                   |       |          |
| 9) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ   |                  |       |                   |       |          |
| 10) มีพื้นที่เก็บวัตถุดิบ และวัสดุอุปกรณ์อย่างเหมาะสม ถูกสุขอนามัย   |                  |       |                   |       |          |
| 11) ภาชนะและอุปกรณ์ต่าง ๆ มีคุณภาพ อยู่ในสภาพดี สะอาด และจัดวางในตำแหน่งที่ใช้งานได้ สะดวก เป็นระเบียบ ปลอดภัย |                  |       |                   |       |          |
| 12) มีการจัดการกับขยะและไขมัน มีประสิทธิภาพ ถูกสุขอนามัย   |                  |       |                   |       |          |
| 13) มีข้อกำหนดเรื่องความปลอดภัยและคำแนะนำการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็น แสดงไว้อย่างชัดเจน                             |                  |       |                   |       |          |
| 14) มีป้ายทางหนีไฟหรือป้ายทางออกฉุกเฉิน เรื่องแสงที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี แสดงไว้อย่างชัดเจน                   |                  |       |                   |       |          |
| 15) มีไฟแสงสว่างฉุกเฉินที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี  |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน   | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|---|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|   | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| 16) มี Smoke Detector หรือ Heat Detector และ Gas Detector ที่ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม (กรณีในห้องครัวอยู่ในอาคารสูงมากกว่า 2 ชั้น) |                  |       |                   |       |          |
| 17) เป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ โดยมีสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่ แสดงไว้อย่างชัดเจน  |                  |       |                   |       |          |
| <b>5. เมนูบริการเพื่อสุขภาพ</b>   |                  |       |                   |       |          |
| 1) มีรายการอาหาร และเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ และระบุราคาแสดงอย่างชัดเจน   |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีบริการเครื่องดื่มที่มีสรรพคุณด้านการส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟูสุขภาพและป้องกันโรค  |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีเมนูอาหารที่มีสรรพคุณด้านการส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟูสุขภาพและป้องกันโรค  |                  |       |                   |       |          |
| <b>6. พื้นที่บริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟูสุขภาพและป้องกันโรค</b>  |                  |       |                   |       |          |
| 1) มีสระว่ายน้ำ / มีห้องฟิตเนส  |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีพื้นที่พักผ่อนหย่อนใจให้นั่ง/เดิน/วิ่ง หรือเปลี่ยนอิริยาบถ   |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีอุปกรณ์สำหรับทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟันฟูสุขภาพ   |                  |       |                   |       |          |
| 4) มีสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟันฟูสุขภาพ  |                  |       |                   |       |          |
| <b>7. อุปกรณ์และยาช่วยชีวิตที่จำเป็น พร้อมใช้งาน และผู้ให้บริการสามารถใช้งานได้</b>   |                  |       |                   |       |          |
| 1) มีชุดปฐมพยาบาล (First Aid)   |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า หรือ เครื่อง AED   |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีเครื่องช่วยหายใจชนิดมือบีบ (Ambu bag)  |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน  | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|--|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|  | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| <b>8. บุคลากร</b>  |                  |       |                   |       |          |
| <b>8.1 ผู้ให้บริการทุกส่วน และทุกระดับ</b>   |                  |       |                   |       |          |
| 1) แต่งกายสุภาพ เรียบร้อย และสะอาด   |                  |       |                   |       |          |
| 2) ติดป้ายชื่อภาษาไทยหรือภาษาต่างชาติตาม<br>ความเหมาะสม  |                  |       |                   |       |          |
| <b>8.2 ผู้ให้บริการที่มีองค์ความรู้ด้านการส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับงานบริการเวชเนส สามารถให้<br/>คำแนะนำผู้รับบริการได้</b> |                  |       |                   |       |          |
| 1) พนักงานต้อนรับ  |                  |       |                   |       |          |
| 2) พนักงานการเงิน  |                  |       |                   |       |          |
| 3) แม่บ้าน   |                  |       |                   |       |          |
| 4) พนักงานบริการ   |                  |       |                   |       |          |
| 5) พนักงานรักษาความปลอดภัย   |                  |       |                   |       |          |
| <b>9. ระบบความปลอดภัยในพื้นที่ทั่วไป</b>   |                  |       |                   |       |          |
| 1) มีระบบตรวจเช็คความปลอดภัยที่มี<br>ประสิทธิภาพ สามารถสังเกตการณ์ หรือบันทึกภาพ<br>บริเวณทางเข้าออก และจุดสำคัญ ๆ ตลอด 24 ชั่วโมง                   |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพและ<br>น้ำมันสำรองพร้อมใช้งานได้ ไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง  |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีการสำรองน้ำใช้ในกิจกรรมที่จำเป็นได้ไม่<br>น้อยกว่า 1 วัน (ทั้งนี้ สามารถใช้เป็นน้ำสำหรับ<br>ดับเพลิงได้ในปริมาณที่เหมาะสม)                      |                  |       |                   |       |          |
| 4) มีระบบสื่อสาร เพื่อขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน<br>ไปยังเครือข่ายต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและมี<br>ประสิทธิภาพ   |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน   | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|---|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|   | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| <b>10. ทรัพยากร และชุมชนแวดล้อม</b>   |                  |       |                   |       |          |
| <b>10.1 ด้านสิ่งแวดล้อม ทรัพยากร และพลังงาน</b>   |                  |       |                   |       |          |
| 1) มีแผนการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม การป้องกันภาวะโลกร้อน และการประหยัดพลังงาน                               |                  |       |                   |       |          |
| 2) มีการจัดการกับขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ และมีประสิทธิภาพ   |                  |       |                   |       |          |
| 3) มีการจัดการน้ำเสียอย่างถูกสุขลักษณะ และมีประสิทธิภาพ   |                  |       |                   |       |          |
| 4) ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด และมีประสิทธิภาพ เช่น น้ำ น้ำมัน ก๊าซ ไฟฟ้า กระดาษ พลาสติก แก้ว ผ้าและของใช้สิ้นเปลืองต่าง ๆ       |                  |       |                   |       |          |
| 5) ใช้วัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่สนับสนุนการประหยัดพลังงาน และเชื้อเพลิงต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ                  |                  |       |                   |       |          |
| 6) อนุรักษ์ให้พนักงาน และผู้เข้าพักใช้ทรัพยากร และพลังงานอย่างประหยัด คุ่มค่า   |                  |       |                   |       |          |
| <b>10.2 ด้านชุมชน สังคมและสิทธิมนุษยชน</b>  |                  |       |                   |       |          |
| 1) ส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมและประเพณีอันดีงาม เช่น การตกแต่งการแต่งกาย อาหาร หัตถกรรมและการละเล่นต่าง ๆ                           |                  |       |                   |       |          |
| 2) สนับสนุนผลิตภัณฑ์ภายในประเทศและชุมชนที่ส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรค เช่น OTOP ผลิตภัณฑ์จากกลุ่มแม่บ้านต่าง ๆ เป็นต้น |                  |       |                   |       |          |

| รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน                           | ผู้ยื่นขอประเมิน |       | สำหรับเจ้าหน้าที่ |       | หมายเหตุ |
|---|------------------|-------|-------------------|-------|----------|
|   | มี               | ไม่มี | มี                | ไม่มี |          |
| <b>11. การบริการอื่น ๆ ที่จำเป็น</b>                          |                  |       |                   |       |          |
| 1) ทำความสะอาดห้องทุกวัน                                      |                  |       |                   |       |          |
| 2) เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกครั้งภายหลังผู้เข้าพัก<br>เช็คเอาท์   |                  |       |                   |       |          |
| 3) เปลี่ยนผ้าเช็ดตัวที่สะอาดทุกวัน                            |                  |       |                   |       |          |
| 4) ภายในห้องน้ำมีผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติหรือ<br>สมุนไพรให้บริการ |                  |       |                   |       |          |
| 5) เก็บขยะทุกวัน  |                  |       |                   |       |          |

ความคิดเห็น/ข้อสังเกตของผู้ตรวจประเมิน

.....  
 .....

ข้อเสนอแนะ

.....  
 .....

สรุปผลการตรวจประเมิน สถานประกอบการ.....

ผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ลงนาม.....ผู้ยื่นขอประเมิน

(.....)

วันที่.....

ลงนาม.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

## หมวดที่ ๓ ตัวอย่างเอกสารแนบประกอบ ประเภท ที่พักนักท่องเที่ยว

๓.๑ สามารถอธิบายเพิ่มเติมในแต่ละข้อได้

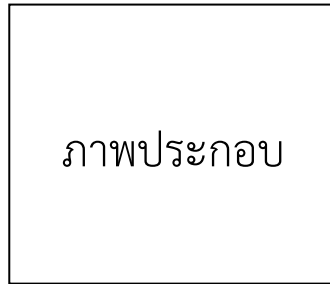
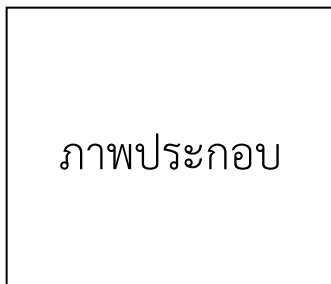
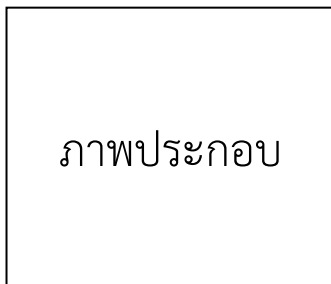
๓.๒ ไม่จำกัดจำนวนภาพในแต่ละข้อ

### รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน

#### 1. สถานที่ตั้ง สภาพแวดล้อม สิ่งก่อสร้างทั่วไป และที่จอดรถ

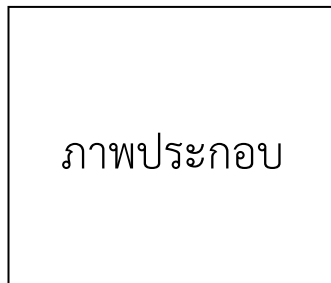
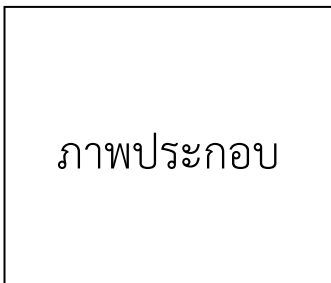
##### 1.1 สถานที่ตั้ง และการเดินทาง

1) สถานที่ตั้งอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับประเภทของที่พัก



อธิบายเพิ่มเติม (ถ้ามี).....  
.....

2) การเดินทางปลอดภัยและสะดวก



อธิบายเพิ่มเติม (ถ้ามี).....  
.....

##### 1.2 ป้ายชื่อ หรือสัญลักษณ์

1) มีป้ายชื่อ หรือสัญลักษณ์ของที่พักแสดงอย่างชัดเจน ไม่ชำรุด พร้อมไฟส่องสว่างในเวลากลางคืน

2) มีป้ายชื่อหลักเป็นภาษาไทยเห็นได้ชัดอยู่ด้านบนภาษาต่างประเทศ

##### 1.3 สภาพแวดล้อมและสิ่งก่อสร้างทั่วไป

1) มีภูมิทัศน์ หรือตกแต่งบริเวณด้านหน้าและโดยรอบที่พัก สะอาด พร้อมไฟส่องสว่างในเวลากลางคืน

2) สิ่งก่อสร้างทั่วไปอยู่ในสภาพดี สะอาด ปลอดภัย พร้อมไฟส่องสว่างในเวลากลางคืน



|   |
|---|
| <b>1.4 ที่จอดรถ และบริการ รับ - ส่ง</b>   |
| 1) มีที่จอดรถรับ - ส่งผู้เข้าพัก ปลอดภัย ภายใต้สิ่งปกคลุม                         |
| 2) มีการจัดทางสัญจรของรถ และคนเดินเท้าที่สะดวก ปลอดภัย                            |
| 3) มีการระบายอากาศที่ดี (กรณีเป็นอาคารจอดรถ)                                      |
| 4) มีแสงสว่าง และไฟส่องสว่างเพียงพอในเวลากลางคืน                                  |
| <b>2. โถงต้อนรับ ห้องสุขา ลิฟท์ และทางสัญจรภายในอาคาร</b>                         |
| <b>2.1 โถงต้อนรับ</b>   |
| 1) พื้น ผนัง และเพดานอยู่ในสภาพดี สะอาด มีการตกแต่งอย่างดี                        |
| 2) มีการระบายอากาศที่ดี   |
| 3) มีการออกแบบแสง และระบบเสียงที่เหมาะสม  |
| 4) แยกบริเวณสูบบุหรี่ โดยต้องมีป้ายห้ามสูบบุหรี่ แสดงอย่างชัดเจน                  |
| 5) มีพื้นที่นั่งพักคอย หรือบริการอเนกประสงค์ ที่อยู่ในสภาพดี                      |
| 6) มีข้อมูลบริเวณรอบที่พักบริการ เช่น แผนที่บริเวณที่พัก                          |
| 7) มีโทรศัพท์ที่สามารถโทรทั้งภายในและต่างประเทศ                                   |
| 8) มีบริการอินเทอร์เน็ต หรือระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย                |
| 9) มีหนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับ และบริการให้ข้อมูลที่น่าสนใจ                    |
| 10) มีสื่อเรียนรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสม     |
| <b>2.2 ห้องสุขา</b>   |
| 1) อยู่ในบริเวณและระยะที่ใช้ได้สะดวก ปลอดภัย สะอาด และไม่รบกวนพื้นที่ใช้สอยอื่น ๆ |
| 2) แยกห้องสุขาชาย - หญิง  |
| 3) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น และปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์  |
| 4) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ  |
| 5) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่ลื่น และระบายน้ำได้ดี                               |
| 6) ผนัง และเพดาน อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |
| 7) ประตู และอุปกรณ์ อยู่ในสภาพดี และสะอาด   |
| 8) ขนาดมีความเหมาะสม  |
| 9) ความสูงของเพดานมีความเหมาะสม   |

|  |
|--|
| 10) มีโถส้วมแบบนั่งราบที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดีและสะอาด   |
| 11) มีโถปัสสาวะชายที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดีและสะอาด   |
| 12) มีอ่างล้างมือพร้อมกระจกเงาที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด  |
| 13) มีสบู่ในภาชนะที่สะอาดบริเวณอ่างล้างมือ   |
| 14) มีกระดาษชำระในภาชนะสะอาดพร้อมใช้งานในห้องสุขาทุกห้อง   |
| 15) มีฝักฉีดยาชำระที่สะอาด พร้อมใช้งานในห้องสุขาทุกห้อง  |
| 16) มีถุงใส่ผ้าอนามัย (Sanitary Bag) ในห้องสุขาหญิงทุกห้อง   |
| 17) มีถังขยะที่สะอาดบริเวณอ่างล้างมือและในห้องสุขาทุกห้อง  |
| 18) มีห้องสุขาซึ่งมีองค์ประกอบและอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ อย่างน้อย 1 ห้อง   |
| 19) มีพื้นที่เพียงพอต่อการใช้ประโยชน์ ไม่อึดอัดหรือคับแคบ  |
| <b>2.3 ลิฟท์ (กรณีที่มีอาคารสูงมากกว่า 4 ชั้น)</b>   |
| 1) อยู่ในบริเวณ และระยะที่ใช้ได้สะดวก โถงลิฟท์มีพื้นที่เพียงพอแก่การใช้งาน   |
| 2) ลิฟท์มีจำนวนและขนาดเพียงพอแก่การใช้งาน  |
| 3) เป็นลิฟท์ที่มีคุณภาพอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะอาดและได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ โดยผู้ชำนาญการ |
| 4) โถงลิฟท์ที่มีสัญลักษณ์ระบุชั้นทุกชั้น เห็นได้ชัดเจนแม้ในเวลากลางคืน   |
| 5) โถงลิฟท์และภายในลิฟท์มีการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่าง และไฟส่องสว่างเพียงพอ  |
| 6) ภายในลิฟท์มี Emergency Call หรือ Bell (ระบบสัญญาณแจ้งเหตุ) ที่อยู่ในสภาพ ใช้งานได้ดี  |
| 7) มีระบบควบคุมการทำงานของลิฟท์ในกรณีฉุกเฉินเมื่อไฟฟ้าดับขณะใช้ลิฟท์ที่ใช้งาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ                                    |
| <b>3. ห้องพัก (รวมทางเดิน ระเบียง และห้องน้ำในห้องพัก)</b>   |
| <b>3.1 ทางเดิน หรือระเบียงนอกห้องพัก (ทุกชั้น)</b>   |
| 1) พื้น ผนัง เพดานและราวระเบียงอยู่ในสภาพดี สะอาด ปลอดภัย มีการตกแต่งอย่างดี   |
| 2) ความสูงและความกว้างของเพดานมีความเหมาะสม  |
| 3) มีระบบการระบายอากาศที่ดี (กรณีที่เป็นอาคารที่มีทางเดินอยู่ภายในอาคารและมีห้องต่าง ๆ อยู่ทั้งสองข้าง (Double Loading Corridor)       |
| 4) มีแสงสว่างและมีไฟส่องสว่างเพียงพอ รวมถึงการออกแบบเหมาะสมแก่การใช้งาน  |

|   |
|---|
| 5) มีแผนผังทางหนีไฟ หรือป้ายทางหนีไฟ และทางออกฉุกเฉินเรืองแสงที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี แสดงไว้ชัดเจน (ยกเว้นกรณีเป็นบ้านพัก)   |
| 6) มีไฟแสงสว่างฉุกเฉินที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี  |
| 7) มี Smoke Detector หรือ Heat Detector ที่ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพียงพอ และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม (กรณีที่เป็น Double Loading Corridor และอาคารสูงมากกว่า 2 ชั้น) |
| 8) หมายเลขห้องไม่ซ้ำрут เห็นได้ชัดเจนแม้ในเวลากลางคืน   |
| <b>3.2 องค์ประกอบภายในห้องพัก</b>   |
| 1) ประตู และอุปกรณ์ทั่วไปอยู่ในสภาพดี และสะอาด  |
| 2) มีโซ่คล้องประตู หรือสิ่งทดแทน ที่อยู่ในสภาพดี และมีประสิทธิภาพ   |
| 3) มีตาแมว หรือสิ่งทดแทน ที่อยู่ในสภาพดี และมีประสิทธิภาพ   |
| 4) มีแผนผังทางหนีไฟหรือป้ายทางหนีไฟเรืองแสง ที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี แสดงไว้ชัดเจน  |
| 5) มีอุปกรณ์ควบคุมการใช้ไฟฟ้า เซฟท์คัท เมื่อไม่อยู่ในห้องพักที่อยู่ในสภาพดี และมีประสิทธิภาพ  |
| 6) มีปลั๊ก สำหรับอุปกรณ์ไฟฟ้าอย่างน้อย 1 จุด ที่อยู่ในสภาพดี และมีประสิทธิภาพ   |
| 7) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด  |
| 8) ผนัง อยู่ในสภาพดี สะอาด  |
| 9) เพดานอยู่ในสภาพดี สะอาด  |
| 10) ช่องแสง หน้าต่าง และอุปกรณ์ อยู่ในสภาพดี สะอาด  |
| 11) ม่านอยู่ในสภาพดี และสะอาด   |
| 12) มีการระบายอากาศที่ดี พร้อมระบบปรับอากาศสภาพดี มีประสิทธิภาพ ไม่มีเสียงรบกวน   |
| 13) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณประตู โต๊ะทำงาน และหัวเตียง   |
| 14) มีสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ   |
| <b>3.3 เฟอร์นิเจอร์ในห้องพัก</b>  |
| 1) มีเฟอร์นิเจอร์ เช่น โต๊ะเครื่องแป้ง เตียง หมอน ผ้าปูเตียง อยู่ในสภาพดี สะอาด แข็งแรง และปลอดภัย ไม่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตราย                                   |
| 2) จัดที่วางสัมภาระอย่างเพียงพอและอยู่ในสภาพดี สะอาด แข็งแรง และปลอดภัย ไม่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตราย  |
| 3) มีขนาดเตียง ตู้ หรือชั้นวางเสื้อผ้าที่เหมาะสม  |

|  |
|--|
| 4) ของใช้ เช่น แก้วน้ำ ถังขยะ อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |
| 5) มีการตกแต่งบริเวณหัวเตียงให้ปลอดภัยที่อยู่ในสภาพดี มีรูปแบบเหมาะสม                              |
| <b>3.4 เครื่องใช้ไฟฟ้าในห้องพัก</b>  |
| 1) มีโทรทัศน์สี ที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี   |
| 2) มีตู้เย็น ที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด   |
| 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถโทรติดต่อกายใน โทรทางไกล ทั้งในและต่างประเทศได้โดยตรง หรือผ่านโอเพอร์เรเตอร์ |
| 4) มีเมนูอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับให้บริการ Room Service  |
| <b>3.5 ห้องน้ำในห้องพัก</b>  |
| 1) ประตู หรือทางเข้า และอุปกรณ์อยู่ในสภาพดี และสะอาด   |
| 2) มีการระบายอากาศที่ดี มีประสิทธิภาพ สะอาด และไม่มีเสียงรบกวน                                     |
| 3) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ   |
| 4) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่ลื่น และระบายน้ำได้ดี  |
| 5) ผนัง อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |
| 6) เพดาน อยู่ในสภาพดี และสะอาด   |
| 7) ขนาดมีความเหมาะสม   |
| 8) ความสูงของเพดานมีความเหมาะสม  |
| 9) มีฝักบัวอาบน้ำ หรืออ่างอาบน้ำ และอุปกรณ์ พร้อมม่าน หรือผนังกันที่ อยู่ในสภาพดี สะอาด            |
| 10) มียางกันลื่นในอ่างอาบน้ำ หรือสิ่งทดแทนที่อยู่ในสภาพดี และสะอาด                                 |
| 11) มีระบบควบคุมอุณหภูมิน้ำที่อยู่ในสภาพดี มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย                                |
| 12) มีไดร์เป่าผมที่ใช้งานได้ดีหรือขอยืมได้จากที่พัก  |
| 13) มีพื้นที่แห้งสำหรับแต่งตัว   |
| 14) มีโถส้วมแบบนั่งราบที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี สะอาด และเสียงเบา                                   |
| 15) มีอ่างล้างมือพร้อมกระจกเงา ที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด                                   |
| 16) มีราวพาดผ้าเช็ดตัวอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เปียกน้ำ  |
| 17) มีผ้าเช็ดตัวผืนใหญ่ที่อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |
| 18) มีผ้าเช็ดหน้าที่อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |
| 19) มีผ้าเช็ดเท้าที่อยู่ในสภาพดี และสะอาด  |

|  |
|--|
| 20) มีกระดาษชำระในภาชนะที่สะอาด ไม่เปียกน้ำ  |
| 21) มีฝักฉีดยาชำระที่สะอาด พร้อมใช้งาน   |
| 22) มีถุงใส่ผ้าอนามัย (Sanitary Bag) ในห้องพักทุกห้อง  |
| 23) มีหมวกคลุมอาบน้ำที่สะอาด   |
| 24) มีแก้วน้ำที่สะอาด  |
| 25) มีสบู่ หรือสบู่เหลวในภาชนะที่สะอาด น้ำไม่ขัง   |
| 26) มีแชมพูสระผม ในภาชนะที่สะอาด   |
| 27) มีถังขยะที่สะอาด   |
| <b>4. ห้องอาหาร และห้องครัว</b>  |
| <b>4.1 ห้องอาหาร</b>   |
| 1) พื้น ผนัง และเพดานอยู่ในสภาพดี สะอาด  |
| 2) มีการระบายอากาศที่ดี  |
| 3) มีสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่แสดงไว้อย่างชัดเจน  |
| 4) เฟอร์นิเจอร์อยู่ในสภาพดี สะอาด แข็งแรง และปลอดภัย ไม่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตราย                      |
| 5) ภาชนะ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบถ้วน อยู่ในสภาพดี สะอาด   |
| 6) มีผ้าปูโต๊ะ หรือที่รองจานที่สะอาด   |
| 7) มีผ้าหรือกระดาษเช็ดปากในภาชนะที่สะอาด   |
| 8) มีรายการอาหาร และเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ และระบุราคาแสดงอย่างชัดเจน  |
| <b>4.2 ห้องครัว</b>  |
| 1) อยู่ในบริเวณและระยะที่สามารถบริการพื้นที่รับประทานอาหารได้อย่างสะดวกและไม่รบกวนพื้นที่ใช้สอยอื่น ๆ          |
| 2) มีเส้นทางขนส่งวัตถุดิบและขยะที่สะดวก ถูกสุขอนามัย และแยกจากทางสัญจรของผู้ใช้บริการ                          |
| 3) ทางเข้า - ออก และช่องระบายอากาศอยู่ในสภาพดี สะอาด สามารถป้องกันแมลง และสัตว์พาหะต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ |
| 4) พื้นที่ปลอดภัย  |
| 5) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่ลื่น ระบายน้ำได้ดี ทำความสะอาดง่าย   |
| 6) ผนัง และเพดานอยู่ในสภาพดี สะอาด ทำความสะอาดง่าย   |
| 7) มีการระบายอากาศที่ดี มีประสิทธิภาพ และสะอาด (โดยเฉพาะบริเวณเตา)   |

|  |
|--|
| 8) มีการป้องกันควัน กลิ่น เสียงและความร้อนได้ดี ระหว่างห้องครัว และพื้นที่รับประทานอาหาร   |
| 9) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ   |
| 10) มีพื้นที่เก็บวัตถุดิบ และวัสดุอุปกรณ์อย่างเหมาะสม ถูกสุขอนามัย   |
| 11) ภาชนะและอุปกรณ์ต่าง ๆ มีคุณภาพ อยู่ในสภาพดี สะอาด และจัดวางในตำแหน่งที่ใช้งานได้สะดวก เป็นระเบียบ ปลอดภัย  |
| 12) มีการจัดการกับขยะและไขมัน มีประสิทธิภาพ ถูกสุขอนามัย   |
| 13) มีข้อกำหนดเรื่องความปลอดภัยและคำแนะนำการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็น แสดงไว้อย่างชัดเจน   |
| 14) มีป้ายทางหนีไฟหรือป้ายทางออกฉุกเฉินเรืองแสงที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี แสดงไว้อย่างชัดเจน   |
| 15) มีไฟแสงสว่างฉุกเฉินที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี  |
| 16) มี Smoke Detector หรือ Heat Detector และ Gas Detector ที่ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพียงพอ และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม (กรณีในห้องครัวอยู่ในอาคารสูงมากกว่า 2 ชั้น) |
| 17) เป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ โดยมีสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่ แสดงไว้อย่างชัดเจน   |
| <b>5. เมนูบริการเพื่อสุขภาพ</b>  |
| 1) มีรายการอาหาร และเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ และระบุราคาแสดงอย่างชัดเจน  |
| 2) มีบริการเครื่องดื่มที่มีสรรพคุณด้านการส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟูสุขภาพและป้องกันโรค   |
| 3) มีเมนูอาหารที่มีสรรพคุณด้านการส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟูสุขภาพและป้องกันโรค   |
| <b>6. พื้นที่บริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟูสุขภาพและป้องกันโรค</b>   |
| 1) มีสระว่ายน้ำ / มีห้องฟิตเนส   |
| 2) มีพื้นที่พักผ่อนหย่อนใจให้นั่ง/เดิน/วิ่ง หรือเปลี่ยนอิริยาบถ  |
| 3) มีอุปกรณ์สำหรับทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟันฟูสุขภาพ  |
| 4) มีสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟันฟูสุขภาพ   |
| <b>7. อุปกรณ์และยาช่วยชีวิตที่จำเป็น พร้อมใช้งาน และผู้ให้บริการสามารถใช้งานได้</b>  |
| 1) มีชุดปฐมพยาบาล (First Aid)  |
| 2) มีเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า หรือ เครื่อง AED  |
| 3) มีเครื่องช่วยหายใจชนิดมือบีบ (Ambu bag)   |

|  |
|--|
| <b>8. บุคลากร</b>  |
| <b>8.1 ผู้ให้บริการทุกส่วน และทุกระดับ</b>   |
| 1) แต่งกายสุภาพ เรียบร้อย และสะอาด   |
| 2) ติดป้ายชื่อภาษาไทยหรือภาษาต่างชาติตามความเหมาะสม  |
| <b>8.2 ผู้ให้บริการที่มีองค์ความรู้ด้านการส่งเสริม ฟันฟูสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับงานบริการเวลเนส สามารถให้คำแนะนำผู้รับบริการได้</b> |
| 1) พนักงานต้อนรับ  |
| 2) พนักงานการเงิน  |
| 3) แม่บ้าน   |
| 4) พนักงานบริการ   |
| 5) พนักงานรักษาความปลอดภัย   |
| <b>9. ระบบความปลอดภัยในพื้นที่ทั่วไป</b>   |
| 1) มีระบบตรวจเช็คความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ สามารถสังเกตการณ์ หรือบันทึกภาพบริเวณทางเข้าออก และจุดสำคัญ ๆ ตลอด 24 ชั่วโมง                     |
| 2) มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพและน้ำมันสำรองพร้อมใช้งานได้ ไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง  |
| 3) มีการสำรองน้ำใช้ในกิจกรรมที่จำเป็นได้ไม่น้อยกว่า 1 วัน (ทั้งนี้ สามารถใช้เป็นน้ำสำหรับดับเพลิงได้ในปริมาณที่เหมาะสม)                        |
| 4) มีระบบสื่อสาร เพื่อขอความช่วยเหลือฉุกเฉินไปยังเครือข่ายต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ   |
| <b>10. ทรัพยากร และชุมชนแวดล้อม</b>  |
| <b>10.1 ด้านสิ่งแวดล้อม ทรัพยากร และพลังงาน</b>  |
| 1) มีแผนการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม การป้องกันภาวะโลกร้อน และการประหยัดพลังงาน  |
| 2) มีการจัดการกับขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ และมีประสิทธิภาพ  |
| 3) มีการจัดการน้ำเสียอย่างถูกสุขลักษณะ และมีประสิทธิภาพ  |
| 4) ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด และมีประสิทธิภาพ เช่น น้ำ น้ำมัน ก๊าซ ไฟฟ้า กระดาษ พลาสติก แก้ว ผ้าและของใช้สิ้นเปลืองต่าง ๆ                        |
| 5) ใช้วัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่สนับสนุนการประหยัดพลังงาน และเชื้อเพลิงต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ                                   |

6) รณรงค์ให้พนักงาน และผู้เข้าพักใช้ทรัพยากรและพลังงานอย่างประหยัด คุ่มค่า

## 10.2 ด้านชุมชน สังคมและสิทธิมนุษยชน

1) ส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมและประเพณีอันดีงาม เช่น การตกแต่งการแต่งกาย อาหาร ทัศนกรรมและการละเล่นต่าง ๆ

2) สนับสนุนผลิตภัณฑ์ภายในประเทศและชุมชนที่ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรค เช่น OTOP ผลิตภัณฑ์จากกลุ่มแม่บ้านต่าง ๆ เป็นต้น

## 11. การบริการอื่น ๆ ที่จำเป็น

1) ทำความสะอาดห้องทุกวัน

2) เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกครั้งภายหลังผู้เข้าพักเช็คเอาท์

3) เปลี่ยนผ้าเช็ดตัวที่สะอาดทุกวัน

4) ภายในห้องน้ำมีผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติหรือสมุนไพรให้บริการ

5) เก็บขยะทุกวัน