

**แบบคำขอรับใบอนุญาต  
การประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ**

เลขที่รับ...../.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เจ้าพนักงานท้องถิ่น

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....เทศบาล/สุขาภิบาล/อบต.....  
จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ  
ประเภท.....ต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น  
ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อสถานประกอบการ.....
๒. สถานที่ตั้งอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....  
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
เทศบาล/สุขาภิบาล/อบต.....จังหวัด.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....
๓. พื้นที่ประกอบการ.....ตารางเมตร กำลังเครื่องจักร.....แรงม้า  
กำลังคนงาน.....คน
๔. ผู้จัดการสถานประกอบการ ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....เทศบาล/สุขาภิบาล/อบต.....  
จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....

พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานและเอกสารมาด้วย ดังนี้คือ

- ๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน.....ฉบับ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ จำนวน.....ฉบับ
- ๓) หนังสือรับรองนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล) จำนวน.....ฉบับ
- ๔) หลักฐานการอนุญาตตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง คือ  
๔.๑ .....  
๔.๒ .....  
๔.๓ .....

ขอรับรองว่าจะปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมาย กฎ ข้อบัญญัติ/ข้อบังคับ เงื่อนไข ตลอดจน  
พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทุกประการ

แผนผังแสดงที่ตั้งสถานประกอบการโดยสังเขป

Blank area for the site plan diagram.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในแบบคำขอใบอนุญาตนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับใบอนุญาต  
(.....)

ความเห็นของเจ้าพนักงานสาธารณสุข

จากการตรวจสอบสถานประกอบการ

( ) เห็นสมควรอนุญาต และควรกำหนดเงื่อนไขดังนี้.....  
.....

( ) เห็นควรไม่อนุญาต เพราะ.....  
.....

(ลงชื่อ).....เจ้าพนักงานสาธารณสุข  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น

( ) อนุญาตให้ประกอบกิจการได้

( ) ไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการ

(ลงชื่อ).....เจ้าพนักงานท้องถิ่น  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....