

แบบคำขอใบอนุญาต/ต่ออายุใบอนุญาต
ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เลขที่...../.....

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบล คลีกลิ้ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เจ้าพนักงานท้องถิ่น

ข้าพเจ้า ☐ บุคคลธรรมดา ☐ นิติบุคคล ชื่อ - สกุล.....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาต/ต่ออายุใบอนุญาต ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ประเภท.....ลำดับที่.....ค่าธรรมเนียม.....บาท

ต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อสถานประกอบการว่า.....

๒. สถานที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....

๓. พื้นที่ประกอบการ.....ตารางเมตร กำลังเครื่องจักร.....แรงม้า จำนวนคนงาน.....คน

๔. ผู้จัดการสถานประกอบการ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

พร้อมคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ จำนวน ๑ ฉบับ

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ จำนวน ๑ ฉบับ

☐ หลักฐานอื่น ๆ เกี่ยวข้อง คือ.....

ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎต้องตามกฎหมาย กฎ ข้อบัญญัติ/ข้อบังคับ เงื่อนไข ตลอดจน พระราชบัญญัติ
การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ทุกประการ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในคำขอใบอนุญาต/ต่ออายุใบอนุญาตนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับใบอนุญาต / ต่ออายุใบอนุญาต

(.....)

(มีต่อด้านหลัง)

ความเห็นของเจ้าพนักงานสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ☐ ครอบอนุญาต ☐ ไม่ครอบอนุญาต

ลงชื่อ.....
(.....)

ความเห็นของผู้อำนวยการกองคลัง ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ☐ ครอบอนุญาต ค่าธรรมเนียม.....บาท ☐ ไม่ครอบอนุญาต

ลงชื่อ.....
(.....)

ความเห็นของปลัด อบต. ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ☐ ครอบอนุญาต ☐ ไม่ครอบอนุญาต

ลงชื่อ.....
(.....)

คำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....
(.....)

หมายเหตุ

ได้ออกใบเสร็จรับเงิน เล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้ออกใบอนุญาต

☐ ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภท.....

ลำดับที่.....ค่าธรรมเนียม.....บาท

เล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบคำขอรับใบแทนใบอนุญาต
กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เลขที่...../.....

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลลี้ลิ่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เจ้าพนักงานท้องถิ่น

๑. ข้าพเจ้า/บริษัท.....

๑.๑ เป็นบุคคลธรรมดา อายุ.....ปี สัญชาติ.....บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่น
(ระบุ).....เลขที่.....ออกให้ ณ อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๑.๒ เป็นนิติบุคคลประเภท.....จดทะเบียนไว้ ณ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เลขทะเบียนที่.....มีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
โดยมี(นาย/นาง/นางสาว).....เป็นผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล

๒. ข้าพเจ้าเป็นผู้รับใบอนุญาต.....เลขที่.....
ออกให้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และใบอนุญาตจะสิ้นอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอรับใบแทนใบอนุญาตดังกล่าว

๔. เหตุผลที่ขอรับใบแทนใบอนุญาต.....

๕. พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยแล้วคือ

- ☐ ๕.๑ หลักฐานการแจ้งความใบอนุญาตสูญหาย
☐ ๕.๒ ใบอนุญาตที่ชำรุด/สำเนาใบอนุญาต
☐ ๕.๓ เอกสารหลักฐานอื่น ๆ ได้แก่.....

ลายมือชื่อ.....ผู้ขอรับใบแทนใบอนุญาต
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ