

แบบคำขอรับใบอนุญาต
การประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เลขที่รับ...../.....

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลลอบทม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เจ้าพนักงานท้องถิ่น

ข้าพเจ้า บุคคลธรรมดา นิติบุคคล ชื่อ - สกุล.....

สัญชาติ.....เลขประจำตัวประชาชนเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาต การประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

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

ต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อสถานประกอบการว่า.....

๒. สถานที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓. พื้นที่ประกอบการ.....ตารางเมตร กำลังเครื่องจักร.....แรงม้า

จำนวนคนงาน.....คน

๔. ผู้จัดการสถานประกอบการ ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน ๑ ฉบับ

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ จำนวน ๑ ฉบับ

หนังสือรับรองนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

หลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง คือ

๑.

๒.

๓.

ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามกฎหมาย กฎ ข้อบัญญัติ/ข้อบังคับ เงื่อนไข ตลอดจน

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ทุกประการ

แผนผังที่ตั้งสถานประกอบการโดยสังเขป

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับใบอนุญาต
(.....)

ความเห็นของเจ้าพนักงานสาธารณสุข

จากการตรวจสอบสถานประกอบการ

() เห็นสมควรอนุญาต และควรกำหนดเงื่อนไข ดังนี้.....

.....

() เห็นสมควรไม่อนุญาต เพราะ.....

.....

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

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น

() อนุญาตให้ประกอบกิจการได้

() ไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการ

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

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

แบบคำขอรับใบแทนใบอนุญาต

เลขที่...../.....

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลลพทม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....(ชื่อผู้รับอนุญาต)

อายุ.....ปี สัญชาติ.....สถานประกอบการตั้งอยู่ที่เลขที่.....หมู่ที่.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์ขอรับใบแทนใบอนุญาตการประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ประเภท.....ตามใบอนุญาตเลขที่รับ...../.....

ออกให้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อสถานประกอบการว่า.....

๒. สถานที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เนื่องจากใบอนุญาต () สูญหาย () ถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญ () อื่น ๆ.....

พร้อมคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย ดังนี้

สำเนาบันทึกการแจ้งความต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ (กรณีสูญหาย)

ใบอนุญาตเดิมเท่าที่เหลืออยู่ (กรณีถูกทำลายหรือชำรุด)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

หนังสือรับรองนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

สำเนาทะเบียนบ้าน

หลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง คือ

๑.

๒.

๓.

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในคำขอรับใบแทนใบอนุญาตนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับใบแทนใบอนุญาต

(.....)

คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น

() อนุญาตให้ประกอบกิจการได้

() ไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการ

(ลงชื่อ).....เจ้าพนักงานท้องถิ่น

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....