

## คำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เลขที่รับ...../.....

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภท.....  
 .....ต่อ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง  
 โดยใช้ชื่อสถานที่ประกอบกิจการว่า.....  
 ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี  
 โทรศัพท์.....โทรสาร.....

พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้า ได้แนบเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยแล้ว คือ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ของผู้ขอรับใบอนุญาต
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขอรับใบอนุญาต
๓. สำเนาใบอนุญาต ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาหารของสถานประกอบการ (ถ้ามี)
๔. สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยโรงงาน ของสถานประกอบการ (ถ้ามี)
๕. ใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียม การเก็บขน ขยะมูลฝอย

ขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต  
 (.....)

แผนที่ตั้งสถานประกอบการพอสั่งเขป

ส่วนของเจ้าหน้าที่

เลขที่.....ได้รับเรื่องเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตรวจสอบแล้ว เอกสารหลักฐาน

ครบ

ไม่ครบ คือ

๑).....

๒).....

๓).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

**ความเห็นของเจ้าพนักงานสาธารณสุข**

( ) เห็นสมควรอนุญาต และควรกำหนดเงื่อนไข ดังนี้

.....  
.....

( ) เห็นควรไม่อนุญาต เพราะ

.....  
.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง

วันที่...../...../.....

**ความเห็นของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล**

( ) เห็นสมควรอนุญาต และควรกำหนดเงื่อนไข ดังนี้

.....  
.....

( ) เห็นควรไม่อนุญาต เพราะ

.....  
.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง

วันที่...../...../.....

**คำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น**

( ) อนุญาตให้ประกอบกิจการได้

( ) ไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง

วันที่...../...../.....