

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก

คำขอที่.....

รับวันที่.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับ.....



แบบคำขอใบอนุญาต / ต่ออายุใบอนุญาต
ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... โดย (นาย/นาง/นางสาว).....
เลขประจำตัวประชาชนเลขที่..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

(๑) ขอยื่นคำขอ รับใบอนุญาต ต่อใบอนุญาต ต่อนายกเทศมนตรีตำบลแม่วาง เพื่อประกอบกิจการ..... ซึ่งเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามเทศบัญญัติเทศบาลตำบลแม่วาง เรื่อง การควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๖ ข้อ.....

ชื่อสถานประกอบกิจการ..... ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

(๒) ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสุขลักษณะ ตามเทศบัญญัติเทศบาลตำบลแม่วาง เรื่อง การควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๖ และตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ข้อกำหนด และระเบียบของทางราชการ ทุกประการ

พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานและเอกสารมาด้วยแล้ว ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้าน ซึ่งรับรองความถูกต้อง จำนวน ๒ ชุด
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งรับรองความถูกต้อง จำนวน ๒ ชุด
- สำเนาใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้ง ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร กรณีสถานประกอบการนั้นตั้งอยู่หรือต้องบังคับตามกฎหมายควบคุมอาคาร ซึ่งรับรองความถูกต้อง จำนวน ๒ ชุด
- สำเนาหนังสือรับรองอาคาร กรณีสถานประกอบการตั้งอยู่นอกเขตพื้นที่ควบคุมอาคาร และไม่อยู่ภายใต้บังคับกฎหมายควบคุมอาคาร ซึ่งรับรองความถูกต้อง จำนวน ๒ ชุด
- หลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรับรองความถูกต้อง จำนวน ๒ ชุด คือ

๑).....

๒).....

๓).....

๔).....

๕).....

แผนที่ส่งเขป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในแบบคำขอนี้ เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับคำขอของ (นาย/นาง/นางสาว).....ไว้แล้ว
เมื่อวันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับคำขอ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่/เจ้าพนักงานสาธารณสุข

จากการตรวจสอบสถานประกอบการ

- เห็นควรอนุญาต และควรกำหนดเงื่อนไข ดังนี้.....
- ไม่สมควรอนุญาต เนื่องจาก

(ลงชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

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

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

คำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น

- อนุญาตให้ประกอบกิจการได้ และให้กำหนดเงื่อนไข ดังนี้.....
- ไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการ เนื่องจาก.....

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

ตำแหน่ง.....
วันที่.....