

คำขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า บุคคลธรรมดา นิติบุคคล ชื่อ..... อายุ.....ปี

อยู่บ้าน/สำนักงาน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อสถานประกอบการ..... ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... พื้นที่ประกอบการ..... ตารางเมตร กำลังเครื่องจักร..... แรงม้า

จำนวนคนงาน..... คน ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพรวม..... ประเภท คือ

(๑).....

(๒).....

๒. ผู้จัดการชื่อ..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

๓. พร้อมคำขอนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยแล้ว ดังนี้

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

(๒) สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

(๓) สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

(๔) เอกสารหรือหลักฐานอื่นที่เจ้าพนักงานท้องถิ่นเห็นสมควรเรียกเพิ่มเพื่อประกอบการพิจารณา

อนุญาต

(๕) สำเนาเอกสารสิทธิในที่ดินกรณีผู้ประกอบการเป็นเจ้าของที่ดินหรือเอกสารที่แสดงว่าเป็นผู้มีสิทธิใช้สถานที่ เช่น สำเนาสัญญาเช่า สำเนาหนังสือแสดงความยินยอมให้ใช้สถานที่ พร้อมกับรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีและผู้ประกอบการไม่ได้เป็นเจ้าของสถานที่)

(๖) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้แทนนิติบุคคลพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ในกรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล)

(๗) หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ในกรณีที่เจ้าของกิจการไม่มายื่นขอรับใบอนุญาตด้วยตนเอง)

๔. แผนที่และแผนผังที่ตั้งสถานที่ประกอบกิจการ พอสั่งเซป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และพร้อมจะปฏิบัติตาม
เทศบัญญัติตำบลท่าวังตาลเรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ คำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข คำสั่งของ
เจ้าพนักงานท้องถิ่น ตลอดจน กฎ ระเบียบและเงื่อนไข ที่เทศบาลตำบลท่าวังตาลกำหนด

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับใบอนุญาต
(.....)

ความเห็นของเจ้าพนักงานสาธารณสุข

จากการตรวจสอบสถานประกอบการ

() เห็นควรอนุญาต และควรกำหนดเงื่อนไข ดังนี้.....

.....

() ไม่ควรอนุญาต เพราะ.....

.....

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

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น

() อนุญาตให้ประกอบกิจการได้

() ไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการ

(ลงชื่อ).....เจ้าพนักงานท้องถิ่น

(นางวิมลรัก ตนชื่อ)

นายกเทศมนตรีตำบลท่าวังตาล

วันที่.....

ส่วนของผู้รับใบอนุญาตน

ใบรับคำขอรับใบอนุญาตน/ต่ออายุใบอนุญาตน

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

ตรวจสอบแล้ว เอกสารหลักฐาน

ครบ

ไม่ครบ คือ

๑).....

๒).....

๓).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนของผู้รับใบอนุญาตน

ใบรับคำขอรับใบอนุญาตน/ต่ออายุใบอนุญาตน

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

ตรวจสอบแล้ว เอกสารหลักฐาน

ครบ

ไม่ครบ คือ

๑).....

๒).....

๓).....

ดังนั้น กรุณานำเอกสารหลักฐานที่ยังไม่ครบทั้งหมดมายื่นต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นภายใน.....วัน
นับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....