

เลขที่.....

เลขที่รับ...../.....

### คำขอต่อใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....

ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภท.....

ตามใบอนุญาตเล่มที่.....เลขที่.....ปี.....ออกให้เมื่อวันที่.....

โดยใช้ชื่อสถานประกอบการว่า.....ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....

หมู่ที่.....ตำบลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี เบอร์โทรศัพท์.....

ต่อนายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานและเอกสารมาด้วย ดังนี้คือ

๑.ใบอนุญาตเดิม

๒.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน บัตรข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ของผู้รับใบอนุญาต

๓.สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาต

๔.ใบเสร็จรับเงิน

๕.หลักฐานการอนุญาตตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๕.๑).....

(๕.๒).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในแบบคำขอรับใบอนุญาตนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับใบอนุญาต

(.....)

ความเห็นของเจ้าพนักงานตรวจสอบสถานประกอบการ

จากการตรวจสอบสถานประกอบการ

( ) เห็นสมควรอนุญาต และควรกำหนดเงื่อนไขดังนี้

๑.....

๒.....

๓.....

๔.....

( ) เห็นสมควรไม่อนุญาต เพราะ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ความเห็นของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ

(ลงชื่อ).....

(นายสุพจน์ บำรุงกลาง)

ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ

คำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น

( ) อนุญาตให้ประกอบกิจการได้

( ) ไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการได้

(ลงชื่อ).....เจ้าพนักงานท้องถิ่น

(นางสุภาวดี สงเจริญ)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ