



เลขที่รับ...../.....

เล่มที่.....

คำขอรับ

ใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

หมายเลขโทรศัพท์.....

สถานที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

หมายเลขโทรศัพท์.....

ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภท.....

ต่อ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเกาะลอยบางหัก โดยใช้ชื่อสถานที่ประกอบการว่า.....

ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

หมายเลขโทรศัพท์.....

พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้า ได้แนบเอกสารและหลักฐานต่างๆ มาด้วยแล้ว คือ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ของผู้ขอรับใบอนุญาต
- สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขอรับใบอนุญาต
- สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร หรือใบอนุญาตอื่นตามกฎหมายที่จำเป็นของสถานประกอบการ (ถ้ามี)
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล
- ใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมเก็บขนมูลฝอย (ถ้ามี)
- ใบมอบอำนาจ (ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ)
- สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
- เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ประกอบกิจการ เช่น โฉนดที่ดิน สัญญาเช่า หรือหนังสือยินยอมจากเจ้าของสถานที่

ขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับใบอนุญาต
(.....)

บ้านเลขที่..... พิกัดสถานที่ตั้ง.....

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

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

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

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

คำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น

- เห็นควรดำเนินการตามเสนอ
- ไม่เห็นควรดำเนินการ เนื่องจาก.....

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