

เลขที่รับ...../.....

เลขที่.....

## คำขอ/แจ้งการต่างๆ

### เกี่ยวกับการประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

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

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

หมายเลขโทรศัพท์.....

ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภท.....

ข้อ.....ชื่อสถานประกอบการ.....เล่มที่.....เลขที่.....

ขอยื่นคำขอ/แจ้งต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น ดังนี้

- ขอรับใบแทนใบอนุญาต เนื่องจาก  สูญหาย  ถูกทำลาย  ขำรุคในสาระสำคัญ
- แจ้งเปลี่ยนรายละเอียดการประกอบกิจการ จากเดิมตามที่ระบุไว้ในใบอนุญาตข้างต้น เป็นต้นนี้
- .....
- .....
- แจ้งบอกเลิกการดำเนินกิจการ โดยให้มีผลตั้งแต่..... เป็นต้นไป

พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้า ได้แนบเอกสารและหลักฐานต่างๆ มาด้วยแล้ว คือ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ขออนุญาต
- สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขออนุญาต
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล
- ใบมอบอำนาจ (ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ)
- ใบอนุญาตเดิม
- เอกสารการแจ้งความต่อสถานีตำรวจ กรณีใบอนุญาตเดิมสูญหายหรือถูกทำลาย
- สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

//ขอรับรองว่าข้อความ...

ขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ/แจ้ง  
(.....)

เนื่องจาก.....  
.....  
.....

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

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

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

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

คำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

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