เลขรับที่..............................................

วันที่............../.................../...............

**แบบคำขอรับใบอนุญาต/ต่ออายุใบอนุญาต**

**ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ**

**ประเภทกิจการ**

เขียนที่

วันที่.................เดือน.............................พ.ศ...................

1.**ข้าพเจ้า ชื่อผู้ขอยื่นแบบ (นาย/นาง/นางสาว/นิติบุคคล)** อายุ ปี สัญชาติ ไทย บัตรประชาชน ที่อยู่เลขที่ หมู่ที่ แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

โทรศัพท์(**ที่สามารถติดต่อได้**)

**เป็นผู้รับมอบอำนาจจาก** อายุ ปี สัญชาติ ไทย บัตรประชาชน ที่อยู่เลขที่ หมู่ที่ จังหวัด โทรศัพท์**(ที่สามารถติดต่อได้)**

**2.ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาต/ต่ออายุใบอนุญาต ประกอบกิจการ**

**ชื่อสถานประกอบการ**

ที่อยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

จำนวนพนักงาน คน พื้นที่ประกอบกิจการ ตารางเมตร

1) จำนวนมอเตอร์.............ตัว มอเตอร์ 1. จำนวนแรงม้า แรง มอเตอร์ 2. จำนวนแรงม้า แรง

มอเตอร์ 3. จำนวนแรงม้า แรง มอเตอร์ 4. จำนวนแรงม้า แรง มอเตอร์ 5. จำนวนแรงม้า แรง

2) สารเคมีที่ใช้................................................................................. จำนวนที่สะสม......................................... ลิตร

สารเคมีที่ใช้................................................................................. จำนวนที่สะสม......................................... ลิตร

สารเคมีที่ใช้.................................................................................. จำนวนที่สะสม......................................... ลิตร

**3.พร้อมคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยแล้วดังนี้**

* สำเนาบัตรประจำตัว (ประชาชน/ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/อื่นๆ ระบุ...............................)
* สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยควบคุมอาคาร หนังสือให้ความเห็นชอบการประเมินผล

กระทบต่อสิ่งแวดล้อม หรือใบอนุญาตตามกฎหมายอื่นที่จำเป็น

* ใบมอบอำนาจ (ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ)
* สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล
* หลักฐานที่แสดงการเป็นผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคล
* ใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน
* เอกสารและหลักฐานอื่นๆ เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

1)............................................................................

2)............................................................................

ลงชื่อ.................................................ผู้ขออนุญาต

(.................................................)

(ตราประทับถ้ามี)

**คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น**

( ) อนุญาตให้ประกอบกิจการได้

( ) ไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการ เพราะ

(ลงชื่อ) เจ้าพนักงานท้องถิ่น

( )

ตำแหน่ง

วันที่ / /

**ความเห็นของเจ้าพนักงานสาธารณสุข**

จากการตรวจสอบสถานประกอบการ

( ) เห็นสมควรให้ใบอนุญาตและกำหนดเงื่อนไขดังนี้

( ) ไม่เห็นควรอนุญาต เพราะ

(ลงชื่อ) เจ้าพนักงานสาธารณสุข

( )

ตำแหน่ง

วันที่ / /

**แผนที่ตั้งสถานที่ประกอบกิจการ**

**ภาพถ่ายสถานที่ประกอบกิจการ**