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

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

**แบบคำขอรับใบอนุญาต/ต่ออายุใบอนุญาต**

**ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ**

**ประเภทกิจการ**

เขียนที่

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

1.**ข้าพเจ้า (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

จำนวนคนงาน คน จำนวนมอเตอร์ ตัว จำนวนแรงม้า แรง พื้นที่ประกอบกิจการ ตารางเมตร

ปริมาณดีเซลที่สะสม.......................ลิตร ปริมาณดีเซล B7ที่สะสม.....................ลิตร ปริมาณ E85ที่สะสม.....................ลิตร

ปริมาณE20ที่สะสม......................ลิตร ปริมาณแก๊สโซฮอลล์91ที่สะสม.........................ลิตร

ปริมาณแก๊สโซฮอลล์95ที่สะสม......................ลิตร ปริมาณเบนซินที่สะสม...................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)

**ความเห็นของเจ้าพนักงานสาธารณสุข**

จากการตรวจสอบสถานประกอบการ

( ) เห็นสมควรให้ใบอนุญาตและกำหนดเงื่อนไขดังนี้

( ) ไม่เห็นควรอนุญาต เพราะ

(ลงชื่อ) เจ้าพนักงานสาธารณสุข

( )

ตำแหน่ง

วันที่ / /

**คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น**

( ) อนุญาตให้ประกอบกิจการได้

( ) ไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการ เพราะ

(ลงชื่อ) เจ้าพนักงานท้องถิ่น

( )

ตำแหน่ง

วันที่ / /

**แผนที่ตั้งสถานที่ประกอบกิจการ**

**ภาพถ่ายสถานที่ประกอบกิจการ**