



คำขออนุญาต  
ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า.....

(๑) เป็นบุคคลธรรมดาอายุ.....ปี สัญชาติ.....ไทย.....บัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่.....หรือบัตรอื่นเลขที่(ระบุ).....เลขที่.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....ลพบุรี.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

(๒) เป็นนิติบุคคลประเภท.....  
ตามกฎหมายของประเทศ.....จดทะเบียนเมื่อ.....เลขที่.....  
มีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
โดยมี.....ตำแหน่ง.....เป็นผู้มีอำนาจลงลายมือชื่อในคำขอ  
แทนนิติบุคคล อายุ.....ปี สัญชาติ.....บัตรประจำประชาชนเลขที่.....  
หรือบัตรอื่น(ระบุ).....เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๒. ข้าพเจ้าขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภท.....  
มีสถานที่ประกอบการชื่อ.....  
ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....พรหมมาستر.....อำเภอ.....เมือง.....  
จังหวัด.....ลพบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....๑๕๐๐๐.....โทรศัพท์.....  
มีพื้นที่ประกอบการ.....ตารางเมตรใช้เครื่องจักรที่มีกำลังขนาด.....แรงม้าจำนวนคนงาน.....คน

๓. พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่างๆมาด้วย คือ

(๑) ในกรณีผู้ขออนุญาตเป็นบุคคลธรรมดา

(ก) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นซึ่งใช้แทนบัตรประจำตัวประชาชนได้

(ข) สำเนาทะเบียนบ้าน

(ค) รูปถ่าย หน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป

(ง) ชื่อและแผนผังที่ตั้งสถานที่ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

(จ) สำเนาหรือรูปถ่ายใบทะเบียนการค้า (ถ้ามี)

(ฉ) สำเนาหรือรูปถ่ายใบทะเบียนพาณิชย์ (ถ้ามี)

เอกสารอื่น(ถ้ามี).....

(๒) กรณีผู้ขออนุญาตเป็นนิติบุคคล

(ก) สำเนาหรือรูปถ่ายใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนของนิติบุคคล

(ข) สำเนาหรือรูปถ่ายหนังสือรับรองจากนายทะเบียนของนิติบุคคลนั้น ๆ แสดงวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขออนุญาต ซึ่งออกมาแล้วไม่เกินหกเดือน

(ค) ชื่อและแผนผังที่ตั้งสถานที่ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

(ง) สำเนาหรือรูปถ่ายใบทะเบียนการค้า (ถ้ามี)

(จ) สำเนาหรือรูปถ่ายใบทะเบียนพาณิชย์ (ถ้ามี)

(ฉ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นซึ่งใช้แทนบัตรประจำตัวประชาชนได้

ของผู้ลงลายมือชื่อในคำขอแทนนิติบุคคล

(ซ) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูปของผู้ลงลายมือชื่อในคำขอแทนนิติบุคคล

เอกสารอื่น (ถ้ามี).....

(ลงลายชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ  
( )

หมายเหตุ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

.....

(ลงชื่อ).....

นางสาวอรุณี มะลิตอง  
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลพรหมมาستر

(ลงชื่อ).....

นางสาวพลอยนภัส สละชีพ  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพรหมมาستر