

คำขอต้ออายุใบอนุญาต
ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ประกอบกิจการ.....

คำขอเลขที่/.....
(เจ้าหน้าที่กรอก)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า [] บุคคลธรรมดา [] นิติบุคคล ชื่อ.....
อายุ.....ปี สัญชาติ.....เลขประจำตัวบัตรประชาชน เลขที่.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....ชื่อสถานประกอบการ.....
ประกอบกิจการประเภท.....ลำดับที่.....
ใบอนุญาตเล่มที่.....เลขที่.....ปี.....ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....ขอยื่นคำขอต้ออายุ
ใบอนุญาตประกอบกิจการ ซึ่งหมดอายุลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ดังรายการต่อไปนี้

1. อาคารประกอบการมีเนื้อที่..... ตารางเมตร บริเวณสถานที่ (รวมทั้งอาคารประกอบการ)
มีเนื้อที่..... ตารางเมตร
2. ทำงานปกติตั้งแต่เวลา..... น. ถึงเวลา..... น. รวมวันละ..... ชั่วโมง
3. จำนวนและระดับผู้ซึ่งทำงานในสถานประกอบการ..... คน
 - 3.1) เจ้าหน้าที่บริหารและวิชาการ จำนวน..... คน
 - 3.2) คนงาน/พนักงานชาย..... คน คนงาน/พนักงานหญิง..... คน
 - 3.3) ผู้ชำนาญการจากต่างประเทศ..... คน
 - 3.4) ช่างเทคนิคและช่างฝีมือจากต่างประเทศ..... คน
4. พร้อมคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่นำมาประกอบการขอต้ออายุใบอนุญาต มาด้วยแล้ว ดังนี้
 - สำเนาบัตรประจำตัวและทะเบียนบ้านเจ้าของกิจการ (ผู้ประกอบการ/ผู้ถือใบอนุญาต)
 - สำเนาบัตรประจำตัวและทะเบียนบ้านของผู้จัดการ
 - สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานที่ประกอบการ
 - กรณีผู้ขอต้ออายุใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้นำสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล
 - หลักฐานที่แสดงการเป็นผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคล
 - สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยควบคุมอาคาร หนังสือให้ความเห็นชอบการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม
 - เอกสารและหลักฐานอื่นๆ ตามที่ราชการส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด คือ
 - 1).....
 - 2).....

ขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

ผู้รับใบอนุญาต

(.....)

วันที่...../...../.....

แบบ ออก.3 เลขที่รับหนังสือ.....ใบอนุญาตเล่มที่.....เลขที่.....
ปี.....กิจการลำดับที่.....ชื่อผู้ยื่นคำขอ.....
ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ.....
รับไว้เมื่อวันที่.....

ความเห็นของเจ้าพนักงานสาธารณสุข	คำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น
จากการตรวจสอบสถานประกอบการ	
() เห็นสมควรอนุญาต	() อนุญาต ให้ประกอบกิจการได้
() เห็นควรไม่อนุญาต เพราะ	() ไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการ
.....	
.....	(ลงชื่อ)
.....	(.....)
(ลงชื่อ) เจ้าพนักงานสาธารณสุข	ตำแหน่ง
(.....)	วันที่...../...../.....
ตำแหน่ง	
วันที่...../...../.....	