

แบบคำร้องขอใช้บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

เขียนที่ สำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ
อำเภовารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่

เรื่อง ขอใช้บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองวารินชำราบ

ด้วยข้าพเจ้าได้ยื่นขออนุญาตประกอบกิจการและ
ดำเนินการสถานพยาบาลต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ชื่อคลินิก
มีที่ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
เบอร์โทรศัพท์ ซึ่งสถานพยาบาล/คลินิก ถือเป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ
การดำเนินการดังกล่าวมีข้อกำหนดให้สถานพยาบาล/คลินิก ต้องมีระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ถูกต้อง
ตามหลักวิชาการ เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขอใช้บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ณ เตามูลฝอยติดเชื้อ ภายในโครงการ
อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ของเทศบาลเมืองวารินชำราบ โดยข้าพเจ้าจะดำเนินการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อให้ถูกต้อง
ตามมาตรฐาน และยินดีชำระค่าบริการพร้อมปฏิบัติตามระเบียบฯของเทศบาลเมืองวารินชำราบกำหนดทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา อนุมัติ

ลงชื่อ
(.....)

แผนที่ตั้งคลินิก