

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
รับที่.....
วันที่.....
เวลา.....
ผู้รับ.....

แบบคำร้องขอรับใบอนุญาต/ต่อใบอนุญาต
ประจำปี.....

เขียนที่ สำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เจ้าพนักงานท้องถิ่น

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....

☐ บุคคลธรรมดา อายุ.....ปี สัญชาติ.....

หมายเลขประจำตัวประชาชนเลขที่

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

☐ นิติบุคคลชื่อ.....ทะเบียนเลขที่.....

สำนักงานเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ขอยื่นคำร้องเพื่อ ☐ ขอใบอนุญาตประกอบกิจการใหม่ ☐ ต่ออายุใบอนุญาต

☐ สถานที่จำหน่ายอาหาร/สะสมอาหาร โดยมีพื้นที่ประกอบการ จำนวน.....ตารางเมตร

☐ กิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ประเภท.....ข้อ.....

ใช้เครื่องจักร.....แรงม้า คนงาน.....คน พื้นที่ประกอบการ.....ตารางเมตร

ชื่อสถานประกอบการ.....ตั้งอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล วารินชำราบ อำเภอ วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์.....

ซึ่งใบอนุญาตเดิมหมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานและเอกสารต่างๆดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ จำนวน 1 ฉบับ

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ จำนวน 1 ฉบับ

☐ หลักฐานอื่นๆ คือ.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในคำร้องขอใบอนุญาต/ต่อใบอนุญาตนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอใบอนุญาต/ต่อใบอนุญาต
(.....)

ความเห็นของเจ้าพนักงานสาธารณสุข

จากการตรวจสอบสถานประกอบการของนาย/นาง/นางสาว.....
ประเภทกิจการ.....ข้อ.....ตั้งอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน..... ตำบล วารินชำราบ อำเภอ วารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี
☐ เห็นควรอนุญาตให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียม จำนวน.....บาท (.....)
และค่าปรับชำระเกินกำหนดเวลา จำนวน.....บาท (.....)
ตามเทศบัญญัติ.....
☐ ไม่เห็นควรอนุญาต เพราะ

(ลงชื่อ).....เจ้าพนักงานสาธารณสุข
(.....)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ☐ เห็นควรอนุญาต ☐ ไม่เห็นควรอนุญาต (.....)	ปลัดเทศบาล/รองปลัดเทศบาล ☐ เห็นควรอนุญาต ☐ ไม่เห็นควรอนุญาต (.....)
คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น ☐ อนุญาตให้ประกอบกิจการได้ ☐ ไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการ (ลงชื่อ).....เจ้าพนักงานท้องถิ่น (.....) ตำแหน่ง..... วันที่...../...../.....	

ปี พ.ศ.....ใบเสร็จเลขที่ RCPT-.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ค่าปรับชำระเกินกำหนด จำนวน.....บาท เลขที่ RCPT-.....พ.ศ.....

งานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
เทศบาลเมืองวารินชำราบ