

**คำขอต่ออายุใบอนุญาต  
ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ**

ประกอบกิจการ.....

คำขอเลขที่ ...../.....

(เจ้าหน้าที่กรอก)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า [ ] บุคคลธรรมดา [ ] นิติบุคคล ชื่อ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....เลขประจำตัวบัตรประชาชนเลขที่.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....ชื่อสถานประกอบการ.....

ประกอบกิจการประเภท.....ลำดับที่.....

ใบอนุญาตเล่มที่.....เลขที่.....ปี.....ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ขอยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการซึ่งหมดอายุลงวันที่.....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. พร้อมคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่นำมาประกอบการขอต่ออายุใบอนุญาต มาด้วยแล้ว ดังนี้
  - สำเนาบัตรประจำตัวและทะเบียนบ้านเจ้าของกิจการ (ผู้ประกอบการ/ผู้ถือใบอนุญาต)
  - สำเนาบัตรประจำตัวและทะเบียนบ้านของผู้จัดการ
  - สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานที่ประกอบการ
  - กรณีผู้ขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล
  - หลักฐานที่แสดงการเป็นผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคล
  - สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยควบคุมอาคาร หนังสือให้ความเห็นชอบการประเมิน ผลกระทบสิ่งแวดล้อม
  - เอกสารและหลักฐานอื่น ๆ ตามที่ราชการส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด คือ
    - 1).....
    - 2).....

ขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ) .....ผู้รับใบอนุญาต  
( ..... )  
วันที่...../...../.....

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

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

ส่วนของผู้เจ้าหน้าที่

ใบรับคำขอรับใบอนุญาต/ต่อใบอนุญาต

เลขที่.....ได้รับเรื่องเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ตรวจสอบเอกสารแล้ว เอกสารหลักฐาน  ครบถ้วน  
 ไม่ครบถ้วน คือ

- 1).....
- 2).....
- 3).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนของผู้ขอรับใบอนุญาต

ใบรับคำขอรับใบอนุญาต/ต่อใบอนุญาต

เลขที่.....ได้รับเรื่องเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ตรวจสอบเอกสารแล้ว เอกสารหลักฐาน  ครบถ้วน  
 ไม่ครบถ้วน คือ

- 1).....
- 2).....
- 3).....

ดังนั้น กรุณาเอกสารหลักฐานที่ยังไม่ครบทั้งหมดมายื่นต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นภายใน.....วันที่นับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....