

เลขที่รับ

เลขที่

คำขอรับ

ใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เขียนที่.....

วันที่.....

เดือน.....

พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....

อายุ.....

ปี สัญชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....

ถนน.....

ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภท.....

.....ต่อ นายกเทศมนตรีตำบลศาลากลางโดยใช้ชื่อ

สถานที่ประกอบการว่า.....

ตั้งอยู่ ณ

เลขที่.....

หมู่ที่.....

ซอย.....

ถนน.....

ตำบล.....

ศาลา

กลาง.....

อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

โทรศัพท์.....

พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้า ได้แนบเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยแล้ว คือ

☐

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ของผู้ขอรับใบอนุญาต

☐

สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขอรับใบอนุญาต

☐

สำเนาใบอนุญาต ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคารของสถานประกอบการ (ถ้ามี)

☐

สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยโรงงาน ของสถานประกอบการ (ถ้ามี)

☐

ใบเสร็จเงินค่าธรรมเนียมเก็บขยะมูลฝอย

☐☐ขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และจะปฏิบัติตามกฎหมายเทศบัญญัติ หรือ
เงื่อนไขอื่นใดที่เทศบาลกำหนดไว้ทุกประการ

(ลงชื่อ).....

ผู้ขอรับใบอนุญาต

(.....)

)