



ใบอนุญาต  
ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เล่มที่.....เลขที่.....ปี.....

อนุญาตให้ บุคคลธรรมดา นิติบุคคล ชื่อ.....อายุ.....ปี  
สัญชาติ.....เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้าน / สำนักงานเลขที่  
.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....  
หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ข้อ 1 ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายสุขภาพ ประเภท.....  
ลำดับที่.....ค่าธรรมเนียม.....บาท ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....  
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....โดยใช้ชื่อสถานประกอบการว่า.....  
.....พื้นที่ประกอบการ.....ตารางเมตร กำลังเครื่องจักร.....แรงม้า  
จำนวนคนงาน.....คน ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
โทรสาร.....

ข้อ 2 ผู้ได้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขโดยเฉพาะ ดังต่อไปนี้

- (1) ปฏิบัติการอื่นใดเกี่ยวกับสุขลักษณะตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข  
และคำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น
- (2) หากมีเหตุอื่นใดนอกเหนือจากกฎระเบียบสภให้แจ้งเจ้าพนักงานท้องถิ่น

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าพนักงานท้องถิ่น