

**ใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ**

เล่มที่.............. เลขที่............/……..……..

(๑) เจ้าพนักงานท้องถิ่นอนุญาตให้**............................................................**สัญชาต**ิ...................**อยู่บ้านเลขที่**.............**หมู่ที่.............. ตำบล**.........................** อำเภอ**............................** จังหวัด**............................**หมายเลขโทรศัพท์ **..........................................**

ชื่อสถานประกอบกิจการ**.................................................**ประเภท**..........................................**ตั้งอยู่เลขที่**.............**หมู่ที่............... ตำบล**ช่องด่าน** อำเภอ**บ่อพลอย** จังหวัด**กาญจนบุรี** หมายเลขโทรศัพท์....................................................

เสียค่าธรรมเนียมปีละ**............**บาท **(...............................................)** ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่........เลขที่............. ลงวันที่ ...........................................

(2) ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบลช่องด่าน เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕51

(3) หากปรากฏในภายหลังว่าการประกอบกิจการที่ได้รับอนุญาตนี้เป็นการขัดต่อกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องโดยมิอาจแก้ไขได้ เจ้าพนักงานท้องถิ่นอาจพิจารณาให้เพิกถอนการอนุญาตนี้ได้

(4) ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขเฉพาะดังต่อไปนี้อีกด้วย คือ

๔.๑) ต้องดูแลสถานประกอบกิจการของตนด้านสุขลักษณะของสถานที่ที่ใช้ดำเนินกิจการ ซึ่งหมายถึง สภาวะการณ์สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของสถานประกอบการ ทั้งด้านการดูแลรักษาความสะอาด ความเป็นระเบียบของโครงสร้างอาคาร การรักษาสภาพการใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ ระบบระบายอากาศ แสง เสียง ระบบการกำจัดสิ่งปฏิกูลมูลฝอย เป็นต้น ให้อยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดี

๔.๒) ผู้ประกอบกิจการต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ มาตรฐานด้านสุขลักษณะ แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 อย่างเคร่งครัด

4.3) ปฏิบัติการอื่น ๆ ตามคำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข หรือผู้ได้รับมอบหมาย

๔.4) **ใบอนุญาตนี้มีกำหนดอายุ ๑ ปี ผู้ได้รับใบอนุญาตนี้ต้องมาขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนวันครบกำหนดใบอนุญาตสิ้นอายุ มิฉะนั้น เจ้าพนักงานจะไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ หรือต้องเสียเบี้ยปรับเพิ่มขึ้นอีก ๒๐ % ของจำนวนเงินที่ต้องชำระ** (มาตรา ๖๕) พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

(๕) ใบอนุญาตฉบับนี้ **ออกให้เมื่อวันที่................................................**

(๖) ใบอนุญาตฉบับนี้ **สิ้นอายุวันที่......................................................**

(นายมนัส ป้องกัน)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลช่องด่าน

**คำเตือน** (๑) ผู้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตนี้ไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ประกอบกิจการตลอดเวลาที่ ประกอบกิจการ

หากฝ่าฝืน มีโทษปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท

(๒) หากประสงค์จะประกอบกิจการในปีต่อไปต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

***รายการต่ออายุใบอนุญาตและเสียค่าธรรมเนียม***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน/เดือน/ปี**  **ที่ออกใบอนุญาต** | **วัน/เดือน/ปี ที่สิ้นอายุใบอนุญาต** | **ใบเสร็จรับเงิน** | | | **เจ้าพนักงานท้องถิ่น** |
| **เล่มที่** | **เลขที่** | **วัน/เดือน/ปี** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ** **นำใบอนุญาตฉบับนี้มาต่ออายุใบอนุญาตทุกปี**