



คำร้องขอหนังสือรับรองการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เขียนที่ กองช่างสุขาภิบาล โทรภายใน ๓๒๖.๓๒๘

วันที่.....

เรียน นายกเทศมนตรีนครแหลมฉบัง

ด้วยข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ประกอบกิจการ
สถานบริการการสาธารณสุข/สถานประกอบการ.....
ตั้งอยู่ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....ศรีราชา.....จังหวัด.....ชลบุรี.....
เบอร์โทรศัพท์.....มีความประสงค์

- ขอให้เทศบาลฯ จัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ขอหนังสือรับรองการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

พร้อมนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบดังนี้

๑. แบบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
๒. กรณีเป็นนิติบุคคล ให้สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมลงลายมือชื่อของกรรมการผู้มีอำนาจลงนาม
๓. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีกรรมการบริษัท/เจ้าของสถานประกอบการ ไม่ได้ลงนาม) ต้องระบุอำนาจให้ชัดเจนว่าให้กระทำการอย่างไร
๔. สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานบริการการสาธารณสุข
๕. แผนที่สังเขปของที่ตั้ง เวลาเปิด - ปิด สถานบริการฯ
๖. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีเปิดดำเนินการแล้ว)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่	กรณีเอกสารไม่ครบถ้วน
ดำเนินการตรวจสอบแล้ว พบว่า	เจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้ว โดยขอให้นำเอกสารข้อที่.....มาเพิ่มให้ครบภายใน
<input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน	๗ วัน ภายในวันที่...../...../.....
<input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน ขาดเอกสารตามข้อ.....	รับทราบ
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)