



คำขอรับใบแทนใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

สำนักงานเทศบาลตำบลเมืองรามันห์

ถ.เมืองรามัน อ.รามัน ยล ๙๕๑๔๐

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน..... ซอย..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... โทรศัพท์..... ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการที่เป็น

อันตรายต่อสุขภาพประเภท.....

ใบอนุญาตเลขที่..... / สิ้นสุดอายุวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ

☐ สูญหาย

☐ ถูกทำลายหรือชำรุดในส่วนที่เป็นสาระที่สำคัญ

ขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับใบแทนใบอนุญาต
(.....)