

### การขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการรับทำการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ

#### รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

#### เอกสารสำหรับยื่นเพิ่มเติม

๑. สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร (ในกรณีที่มีสถานียขนถ่าย) หรือใบอนุญาตตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๒. เอกสารหรือหลักฐานแสดงคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้ออย่างน้อยหนึ่งคน (คุณสมบัติสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่าในสาขาวิทยาศาสตร์ด้านสาธารณสุขสุขภาพชีววิทยาและวิทยาศาสตร์การแพทย์ด้านใดด้านหนึ่ง) จำนวน ๑ ฉบับ
๓. เอกสารหรือหลักฐานแสดงสถานที่รับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับใบอนุญาตและมีการดำเนินกิจการที่ต้องปฏิบัติตามหลักสุขภาพโดยมีหลักฐานสัญญาว่าจ้างระหว่างผู้ขนกับผู้กำจัดมูลฝอย จำนวน ๑ ฉบับ
๔. แผนการดำเนินงานในการเก็บขนมูลฝอยที่แสดงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานความร่วมมือด้านกำลังคนงบประมาณวัสดุอุปกรณ์และวิธีการบริหารจัดการ) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. เอกสารแสดงให้เห็นว่าผู้ขับขี่และผู้ปฏิบัติงานประจำยานพาหนะผ่านการฝึกอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ (ตามหลักสูตรและระยะเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา) จำนวน ๑ ฉบับ
๖. ใบรับรองแพทย์หรือเอกสารแสดงการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ปฏิบัติงานในการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน ๑ ฉบับ

#### สถานที่ติดต่อยื่นคำขอ

- กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
- โทรศัพท์ : ๐๕๓-๑๑๔๕๖๓
- โทรสาร : ๐๕๓-๑๑๔๕๖๓
- เว็บไซต์ : <http://www.sansaifang.go.th>

#### ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

#### หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๓. มีหลักสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานภาครัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้แก่ผู้ได้รับบำนาญเบี้ยหวัดบำนาญพิเศษหรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนรายได้ประจำหรือผลประโยชน์อย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำแก่ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

#### ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๓๐ วัน

#### ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

#### การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ : ๐๕๓-๑๑๔๕๖๓

#### ตัวอย่างแบบฟอร์ม

เกณฑ์การตรวจสอบสถานประกอบการ ตามกฎกระทรวงหลักเกณฑ์ วิธีการ และมาตรการ  
ในการควบคุมสถานประกอบการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. ....

๑. ชื่อสถานประกอบการ.....
๒. ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
อยู่ในฝั่งเมืองรวมประเภท..... เป็นอาคารประเภท.....
๓. ชื่อผู้ประกอบการ.....
๔. ลักษณะที่ตั้งของสถานประกอบการ
- ( ) ห่างจากชุมชน.....เมตร ( ) ไม่อยู่ติดชุมชน
- ( ) ห่างจากวัด.....เมตร ( ) ไม่อยู่ติดวัด
- ( ) ห่างจากศาสนสถาน.....เมตร ( ) ไม่อยู่ติดศาสนสถาน
- ( ) ห่างจากโรงเรียน.....เมตร ( ) ไม่อยู่ติดโรงเรียน
- ( ) ห่างจากโรงพยาบาล.....เมตร ( ) ไม่อยู่ติดกับโรงพยาบาล
- ( ) ห่างจากสถานที่อื่น ๆ .....
๕. อาคารได้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ( ) ได้รับการพิจารณาอนุญาตแล้ว ( ) ยังไม่ได้รับการอนุญาต
- ประเภท..... เลขที่ใบอนุญาต..... ลงวันที่.....
- หน่วยงานที่ออกใบอนุญาต.....
- ประเภท..... เลขที่ใบอนุญาต..... ลงวันที่.....
- หน่วยงานที่ออกใบอนุญาต.....
๖. บันไดหนีไฟ
- ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) อาคารที่ไม่ต้องมีทางหนีไฟ
๗. ป้ายบอกทางฉุกเฉิน ( ) มี ( ) ไม่มี
๘. ไฟส่องสว่างทางออกฉุกเฉิน ( ) มี ( ) ไม่มี
๙. ระบบระบายอากาศ เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ( ) มี ( ) ไม่มี
๑๐. ห้องน้ำ ห้องส้วม จำนวนห้องน้ำ..... จำนวนห้องส้วม.....
- ( ) เพียงพอ ( ) ไม่เพียงพอ
๑๑. มีสารเคมี วัตถุอันตรายต่อสุขภาพ
- ( ) มี ( ) ไม่มี
๑๒. การเก็บรวบรวมขยะ
- จำนวนภาชนะรองรับ..... ( ) เพียงพอ ( ) ไม่เพียงพอ
๑๓. มีมูลฝอยที่ปนเปื้อนสารพิษ หรือวัตถุอันตราย
- ( ) ไม่มี
- ( ) มี ระบุชนิด.....
- การกำจัดโดยวิธี.....

๑๔. การป้องกันและกำจัดแมลงและสัตว์เป็นโรคที่เป็นพาหะของโรค

( ) ไม่มี

( ) มี ดำเนินการโดย .....

๑๕. สถานประกอบการที่มีโรงอาหารหรือห้องครัวที่จัดไว้สำหรับประกอบอาหาร การปรุงอาหาร การสะสมอาหาร

สำหรับคนงาน

( ) ไม่มี

( ) มี ดำเนินการโดย.....

๑๖. สถานประกอบการมีการจัดวางสิ่งของ ปลอกคีย์ และถูกสุขลักษณะ

( ) เป็นระเบียบ

( ) ไม่เป็นระเบียบ

๑๗. มีระบบสัญญาณเตือนไฟไหม้และเครื่องมือดับเพลิง ตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒

( ) ไม่มี

( ) มี ชนิด.....

๑๘. การป้องกันมิให้เกิดมลพิษทางเสียง

( ) มี

( ) ไม่มี

๑๙. การป้องกันมิให้เกิดมลพิษทางอากาศ

( ) มี

( ) ไม่มี

๒๐. ความเห็นอื่น ๆ เพิ่มเติม (ถ้ามี).....

.....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าของสถานประกอบการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

วันที่.....

( ร่างให้พิจารณาตามกฎหมายกระทรวง ไม่เกิน ฉบับละ ๑๐,๐๐๐ บาท ตามมาตรา ๓๓ )

เลขที่รับ...../.....

แบบคำขอรับ/ต่อ  
ใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ  
ประเภท.....

เขียนที่.....เทศบาลตำบลสันทราย.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
โดย.....ผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคล  
ปรากฏตาม.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....ผู้ขออนุญาต

ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภท.....  
คือนายกเทศมนตรีตำบลสันทราย โดยใช้สถานที่ประกอบกิจการว่า.....  
มีพื้นที่.....ตารางเมตร จำนวนคนงาน.....คน ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....  
หมู่ที่.....ตำบลสันทราย อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์.....

พร้อมคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- ( ) ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ของผู้รับใบอนุญาต
- ( ) ๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับใบอนุญาต
- ( ) ๓. สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร ของสถานประกอบการ
- ( ) ๔. สำเนาหนังสือให้ความเห็นชอบการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมหรือใบอนุญาตตามกฎหมายอื่นที่จำเป็น
- ( ) ๕. ไม่มอบอำนาจ (ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ)
- ( ) ๖. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล
- ( ) ๗. หลักฐานที่แสดงการเป็นผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคล
- ( ) ๘. เอกสารและหลักฐานอื่น ๆ ตามที่เทศบาลตำบลสันทรายประกาศกำหนดคือ

๑).....  
๒).....

ขอรับรองว่าข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการและจะปฏิบัติตามกฎหมาย เทศบัญญัติ  
หรือเงื่อนไขอื่นใดที่เทศบาลกำหนดไว้ทุกประการ

|  |
|--|
| ใบเสร็จรับเงิน เลขที่..... เลขที่..... |
| ลงวันที่.....                          |
| จำนวนเงิน.....บาท                      |
| (เจ้าหน้าที่กรอก)                      |

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับใบอนุญาต  
(.....)

แผนผังแสดงที่ตั้งสถานประกอบกิจการโดยสังเขป