

งานที่ให้บริการ

การขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการรับทำการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

การขอใบอนุญาตประกอบกิจการรับทำการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

เอกสารสำหรับยื่นเพิ่มเติม

1. สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร (ในกรณีที่มีสถานียขนถ่าย) หรือใบอนุญาตตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑ ฉบับ
2. เอกสารหรือหลักฐานแสดงคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้ออย่างน้อยหนึ่งคน (คุณสมบัติสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่าในสาขาวิทยาศาสตร์ด้านสาธารณสุขสุขภาพชีววิทยาและวิทยาศาสตร์การแพทย์ด้านใดด้านหนึ่ง จำนวน ๑ ฉบับ
3. เอกสารหรือหลักฐานแสดงสถานที่รับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับใบอนุญาตและมีการดำเนินกิจการที่ต้องปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลโดยมีหลักฐานสัญญาว่าจ้างระหว่างผู้ขนกับผู้กำจัดมูลฝอย จำนวน ๑ ฉบับ
4. แผนการดำเนินงานในการเก็บขนมูลฝอยที่แสดงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานความพร้อมด้านกำลังคนงบประมาณวัสดุอุปกรณ์และวิธีการบริหารจัดการ จำนวน ๑ ฉบับ
5. เอกสารแสดงให้เห็นว่าผู้ขับขี่และผู้ปฏิบัติงานประจำยานพาหนะผ่านการฝึกอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ (ตามหลักสูตรและระยะเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา) จำนวน ๑ ฉบับ
6. 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. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานภาครัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ผู้ได้รับบำนาญเบี้ยหวัดบำนาญพิเศษหรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนรายได้ประจำหรือผลประโยชน์อื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 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 หรืออื่นๆ 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.....
การจัดโดยวิธี.....

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. สำเนาหนังสือให้ความเห็นชอบการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมหรือใบอนุญาตตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
 - () 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
(.....)

แผนผังแสดงที่ตั้งสถานประกอบการโดยสังเขป