

เลขรับที่.....
วันที่.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ข้าพเจ้า (ผู้ขออนุญาต, ผู้แทน) อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ยื่นขออนุญาตฯ ของสถานที่ประกอบการชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์

ขออนุญาต (ระบุนายละเอียดการขออนุญาต).....

- รายการที่ยื่นมีค่าธรรมเนียมใบอนุญาต/ใบสำคัญตาม พรบ. อาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ให้ชำระเมื่อได้รับใบอนุญาต/ใบสำคัญ
- รายการที่ยื่นมีค่าใช้จ่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์อาหาร พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้ จะต้องผ่านการพิจารณา ก่อน หากพิจารณาไม่อนุญาตจะไม่สามารถขอรับคืนค่าใช้จ่ายในการยื่นคำขอได้ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต จะเป็นพระคุณ

ใบสั่งชำระ

ลงชื่อ.....

()

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

รายการ	จำนวน (บาท)
รวม.....
(ตัวอักษร)	(ตัวเลข)

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....ลงวันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ออกตรวจสถานที่ในวันที่.....โดย.....

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว และเป็นอำนาจของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เกสัชกร ๗

ตาม หนังสือมอบอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ ๓๓๖/๒๕๕๗ ข้อ.....

ตาม หนังสือมอบอำนาจของคำสั่งจังหวัดสมุทรปราการ ที่ ๔๙๕/๒๕๕๕ ข้อ.....

ตาม คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑๗๓/๒๕๖๐ ข้อ..... (สปส)

ตาม คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๘๔๐/๒๕๖๐ ประกอบคำสั่งฯ ที่ ๙๑๕/๒๕๖๑ ข้อ..... (สพ)

เห็นควร อนุญาต ไม่อนุญาต

.....
()

ผู้ดำเนินการ

อนุญาต

.....