

เลขรับที่.....
วันที่.....

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

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

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

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ยื่นขออนุญาตตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ของสถานที่ประกอบการชื่อ.....

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

อำเภอ..... จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์ 0.....

โดยมีผู้ดำเนินการชื่อ..... ใบอนุญาตเลขที่.....

ขออนุญาต (ระบุรายละเอียดการขออนุญาต).....
.....

- รายการที่ยื่นมีค่าธรรมเนียมใบอนุญาต/ใบสำคัญตาม พรบ. อาหาร พ.ศ. 2522 ให้ชำระเมื่อได้รับใบอนุญาต/ใบสำคัญ
- รายการที่ยื่นมีค่าใช้จ่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์อาหาร พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2560
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้ จะต้องผ่านการพิจารณาก่อน หากพิจารณาไม่อนุญาตจะไม่สามารถขอรับคืนค่าใช้จ่ายในการยื่นคำขอได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต จะเป็นพระคุณ

ใบสั่งชำระ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

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

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

สำหรับเจ้าหน้าที่

ออกตรวจสอบสถานที่ในวันที่.....โดย1.....2.....

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว และเป็นอำนาจของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เกสัชกร 7

ตามหนังสือมอบอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ 336/2557 ข้อ.....

ตามหนังสือมอบอำนาจของคำสั่งจังหวัดสมุทรปราการ ที่ 495/2555 ข้อ.....

เห็นควร

อนุญาต

ไม่อนุญาต

(.....)

ผู้ดำเนินการ.....

อนุญาต

.....