



คำขอบอกเลิกการดำเนินงานที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เขียนที่.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....

เป็นบุคคลธรรมดา อายุ ปี สัญชาติ

เลขหมายประจำตัวประชาชนเลขที่ อยู่บ้านเลขที่
หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์..... โทรสาร

เป็นนิติบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อ

มีสำนักงานอยู่เลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์.....
โทรสาร โดยผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขออนุญาต ดังนี้

1. (นาย,นาง,นางสาว) อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่
ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด โทรศัพท์..... โทรสาร

2. (นาย,นาง,นางสาว) อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่
ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด โทรศัพท์..... โทรสาร

เป็นผู้ถือใบอนุญาต/ ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ถือใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เล่มที่
เลขที่..... ปี ประกอบกิจการ ซึ่งเป็นกิจการที่เป็น
อันตรายต่อสุขภาพประเภท..... ลำดับที่
โดยใช้ชื่อประกอบการว่า..... สถานที่ตั้ง
หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
โทรศัพท์..... โทรสาร

ขอแจ้งยกเลิกการดำเนินงานดังกล่าวต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น เนื่องจาก.....

และได้ยกเลิกหรือจะเลิกการดำเนินงาน เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

พร้อมทั้งได้แนบหลักฐานที่นำมาประกอบการพิจารณา ดังนี้

- 1. ใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (แบบ อภ. 2) เล่มที่..... เลขที่..... ปี.....
- 2. ใบอนุญาตให้เปลี่ยนแปลง ขยาย หรือลดการประกอบกิจการ สถานที่หรือเครื่องจักรของกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (แบบ อภ. 5) เล่มที่..... เลขที่..... ปี..... (ถ้ามี)
- 3. ใบแทนใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (แบบ อภ. 7) เล่มที่..... เลขที่..... ปี..... (ถ้ามี)
- 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านเจ้าของผู้รับใบอนุญาต
- 5. หนังสือมอบอำนาจที่ถูกต้องตามกฎหมาย พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (กรณีเจ้าของไม่สามารถมายื่นคำขอด้วยตนเอง)
- 6. หลักฐานการแจ้งขอยกเลิกการประกอบกิจการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพาณิชย์ กรมสรรพากร กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่มีค่าธรรมเนียมค้างชำระจากการประกอบกิจการ ก่อนบอกเลิกประกอบกิจการ และข้อความที่ระบุไว้
ไว้ในคำขอนี้ เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้รับใบอนุญาต
(.....)