

แบบตรวจสอบการประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
เทศบาลตำบลเกาะสีชัง อ.เกาะสีชัง จ.ชลบุรี

ลักษณะของกิจการ เลขที่ตรวจสอบ.....

ประเภทการตรวจ ขออนุญาตใหม่ ต่ออายุใบอนุญาต วันที่ตรวจสอบ.....

ชื่อสถานประกอบการ.....ผู้ครอบครอง.....

ที่อยู่ เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล ท่าเทววงษ์ อำเภอ เกาะสีชัง จังหวัด ชลบุรี

หมายเลขติดต่อ โทรศัพท์..... โทรสาร.....

หัวข้อ	รายละเอียด	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
หมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง ลักษณะอาคาร และการสุขาภิบาล	1) อาคารมีความมั่นคงแข็งแรง			
	2) มีการจัดแสงสว่าง/การระบายอากาศที่เหมาะสม			
	3) ห้องน้ำ ห้องส้วมเพียงพอและสะอาด			
	4) มีภาชนะรองรับขยะมูลฝอยที่เหมาะสม			
	5) มีการป้องกัน/กำจัดแมลงและสัตว์นำโรค			
	6) จัดเก็บ/วางสิ่งของให้เป็นระเบียบเรียบร้อย			
หมวดที่ 2 การอาชีวอนามัย และความปลอดภัย	1) มีเครื่องดับเพลิงที่เพียงพอ			
	2) กรณีมีวัตถุอันตราย ต้องจัดเก็บให้ปลอดภัย			
หมวดที่ 3 การควบคุมของเสีย หรือมลพิษอื่น ๆ	1) มีระบบควบคุมป้องกันมลพิษทางเสียง			
	หรือความสั่นสะเทือน มลพิษทางอากาศ			
	มลพิษทางน้ำ ของเสียอันตราย หรือการใช้			
	สารเคมีหรือวัตถุอันตราย			
หมวดที่ 4 การจัดสถานที่สำหรับ ประกอบกิจการค้านั้น ๆ	1) มีระบบระบายน้ำเสียที่ถูกสุขลักษณะ			
	2) จัดให้มีน้ำสะอาดเพียงพอแก่กิจการนั้น ๆ			
	3) กรณีเป็นสถานที่เลี้ยงสัตว์ที่ขังและปล่อย			
	ที่เลี้ยงสัตว์กว้างขวางเพียงพอและถูกสุขลักษณะ			
4) กรณีเป็นสถานที่เกี่ยวกับการตากหรือฝังสินค้า				
ต้องมีที่สำหรับตากหรือฝังสินค้าที่เหมาะสม				

สรุปผลการตรวจ เห็นสมควรอนุญาต
 ไม่เห็นสมควรอนุญาต เนื่องจาก.....

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ลงชื่อ.....เจ้าของ/ผู้ครอบครอง
 (.....)
 ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....