

เลขที่ ...../.....



แบบตรวจแนะนำของเจ้าพนักงาน  
ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

- ๑. วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....
- ๒. ชื่อ เจ้าของ/ผู้ครอบครอง.....
- ๓. สถานประกอบการ ชื่อ.....  
 กิจการ.....ตั้งอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....  
 อำเภอ.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....
- ๔. ประเด็นปัญหาหรือข้อเท็จจริงที่ตรวจพบ.....
- ๕. ข้อเสนอแนะ (เพื่อการปรับปรุงแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด)  
 ๕.๑ .....  
 ๕.๒ .....  
 ๕.๓ .....  
 ๕.๔ .....

ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ (.....)	ลงชื่อ (.....)
เจ้าของ/ผู้ครอบครอง/ผู้รับคำแนะนำ	.....	.....

ลงชื่อ (.....)	ลงชื่อ (.....)
.....	.....

ลงชื่อ (.....)	ลงชื่อ (.....)
พยาน	พยาน