

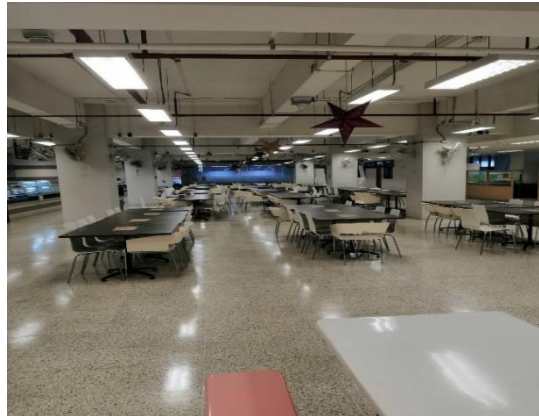
ส่วนที่ 2: สถานศึกษาปลอดภัย

2.21 มีการจัดที่รับประทานอาหาร และที่พักที่เหมาะสม และถูกสุขลักษณะ

คณะทันตแพทยศาสตร์มีศูนย์อาหาร 2 แห่ง และพื้นที่นั่งพักบริเวณต่างๆ เช่นลานอเนกประสงค์ ที่พักใต้อาคาร (รวมจำนวนกว่า 1,000 ที่นั่ง) ซึ่งเหมาะสมต่อบุคลากรและนักศึกษาถูกสุขลักษณะ มีความสะอาด และเพียงพอต่อบุคลากรและนักศึกษา



เอกสารแนบ 2.21



ใบคำขออนุญาตจัดตั้งสถานที่

แบบ สอ. ๑
เลขที่รับ...../.....

คำขอรับใบอนุญาต
จัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่ที่เสิร์ฟอาหาร

เขียนที่.....คน: ทัศนเทพพิศตรี ม.ฉนวน
.....

ข้าพเจ้า นางจรรยา บัวจับ วันที่.....เดือน.....ปี..... พ.ศ.....
อายุ.....5.....ปี สัญชาติ ไทย

อยู่บ้านเลขที่ 21 หมู่ที่..... ต.ระก/ชอย ป.ห.หริ่ง 9 ถนน.....
ตำบล/แขวง ทหารบก อำเภอ เมืองนนทบุรี จังหวัด นนทบุรี

โทรศัพท์ 02-2003901 โทรสาร..... - 089-999-2107 ๒ ห้องพล

ขอยื่นคำขอรับใบอนุญาตจัดตั้ง สถานที่จำหน่ายอาหาร สถานที่เสิร์ฟอาหาร

ต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น โดยใช้ชื่อสถานประกอบการว่า.....ศูนย์อาหาร M-DEHA

พื้นที่ประกอบการ.....621.....ตารางเมตร จำนวนคนงาน 35.....คน ตั้งอยู่ ณ เลขที่ ๒ หมู่ที่ ๙๑๐ ไร่ ๕
ตำบล แขวง ท้องฟ้า ไท อำเภอ เขตราชเทวี จังหวัด กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ 02-2003533 โทรสาร..... - 091-264-5799 ๕ สีศิริ

พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยแล้ว คือ

1. สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชน/ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ของผู้ขอรับใบอนุญาต
2. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขอรับใบอนุญาต
3. สำเนาใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคารของสถานประกอบการ
4. ใบรับรองแพทย์ ของผู้ขอรับใบอนุญาต ผู้ช่วยจำหน่ายอาหารและผู้ปรุงอาหาร
5. ใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมเก็บ ชน มูลฝอย
- ๕.....

แผนที่ตั้งสถานประกอบการสังเขป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในแบบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับใบอนุญาต
(นางจรรยา บัวจับ)

ใบรับรองแพทย์

ใบรับรองแพทย์

เลขที่..... เลขที่.....

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... กิ่งกมล ศิววิมลดา

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 111/280 หมู่ 6 บ้านวังบัวจูง อ. บางคาบ อ. พังงอ จ. ภูเก็ต 85100

หมายเลขบัตรประชาชน 3140100522116 ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ไม่มี มี(ระบุ).....

2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ไม่มี มี(ระบุ).....

3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี(ระบุ).....

4. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ..... กิ่งกมล ศิววิมลดา วันที่ 13 เดือน พ.ค. พ.ศ. 2562

ในกรณีที่ไม่สามารถรับรองเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ ใบรับรองแพทย์ กิ่งกมล ศิววิมลดา วันที่ 13 เดือน พ.ค. พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง..... กิ่งกมล ศิววิมลดา (๑)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... 2119

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาล พังงอ จ. พังงอ

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว..... กิ่งกมล ศิววิมลดา

แล้วเมื่อวันที่ 13 เดือน พ.ค. พ.ศ. 2562 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว..... กก. - ความสูง..... ซม. - ความดันโลหิต..... มม.ปรอท - ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตที่ผิดปกติ หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดเชื้อเสียดื้อให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์..... (๒)

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย