



คำขอที่.....
รับวันที่.....
ผู้รับ.....

แบบฝากกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ/อันตราย

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เรื่อง ขออนุมัติฝากกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ/อันตราย

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ผู้ประกอบการสถานประกอบการ

.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอฝากกำจัดมูลฝอยประเภท

มูลฝอยติดเชื้อ น้ำหนักจำนวน.....กิโลกรัม ในอัตรา กิโลกรัมละ ๒๕ บาท

มูลฝอยอันตราย น้ำหนักจำนวน.....กิโลกรัม ในอัตรา กิโลกรัมละ ๔๕ บาท

โดยยินดีชำระค่าฝากกำจัดมูลฝอยเป็นเงิน.....บาท(ตัวเลข).....(ตัวอักษร)

ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความ

เป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งข้าพเจ้าได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาแล้ว

ตามหนังสือโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาที่ อย ๐๐๓๒.๑/.....ลงวันที่.....

ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย

ลงชื่อ.....

(.....)

ส่วนของผู้เจ้าหน้าที่

- งานจัดเก็บมูลฝอยตรวจสอบแล้ว

- ได้ชำระค่าฝากกำจัดมูลฝอยแล้ว

อนุมัติ

เห็นควรรับฝากกำจัดต่อไป

เป็นเงิน.....บาท

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....