



แบบตรวจแนะนำของเจ้าพนักงาน
ตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕

ข้อร้องเรียน/เหตุรำคาญ เรื่อง.....

๑. วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๒. ชื่อ เจ้าของ/ผู้ครอบครอง

๓. สถานประกอบการ ชื่อ.....

กิจการ.....ตั้งอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

๔. ข้อเสนอแนะ (เพื่อการปรับปรุงแก้ไข)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

๕. คำสั่งให้ปรับปรุงแก้ไข (กรณีเป็นอันตรายร้ายแรง)

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของ/ผู้ครอบครอง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....